

C.R.A.C. N° 170 (2020-2021)

3e session de la 11e législature

PARLEMENT WALLON

SESSION 2020-2021

COMPTE RENDU

AVANCÉ

Séance publique de commission*

Commission de l'emploi, de l'action sociale et de la santé

Mardi 27 avril 2021

*Application de l'art. 161 du règlement

Le compte rendu avancé ne peut être cité que s'il est précisé qu'il s'agit d'une version qui n'engage ni le Parlement ni les orateurs

SOMMAIRE

<i>Ouverture de la séance</i>	1
<i>Organisation des travaux</i>	
Intervenants : M. le Président, Mme Vandorpe, M. Sahli.....	1
<i>Auditions</i>	2
<i>Proposition de résolution visant à prévenir les suicides et les tentatives de suicide dans un contexte de fragilisation de la santé mentale causé par la crise sanitaire de la Covid-19, déposée par Mmes Vandorpe, Greoli, Schyns, Goffinet, MM. Desquesnes et Dispa (Doc. 477 (2020-2021) N° 1)</i>	2
<i>Exposé de Mme Lambert et de M. Minotte, Codirectrice et Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM)</i>	
Intervenants : M. le Président, Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM)....	2
<i>Exposé de Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage.</i>	
Intervenants : M. le Président, Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage....	5
<i>Échange de vues</i>	
Intervenants : M. le Président, Mmes Vandorpe, Greoli, Lekane, MM. Sahli, Heyvaert, Mme Nikolic, Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage.....	8
<i>Exposé de M. Thirion et Mme Ringlet, Administrateur délégué et Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse »</i>	
Intervenants : M. le Président, Mme Ringlet, Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse », M. Thirion, Administrateur délégué du centre de prévention du suicide et d'accompagnement "Un pass dans l'impasse".....	15
<i>Audition de M. Van Tichelen et Mme Meunier, Président et Administratrice de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM)</i>	
Intervenants : M. le Président, M. Van Tichelen, Président de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM), Mme Meunier, Administratrice de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM).....	19
<i>Exposé de M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'UCLouvain</i>	
Intervenants : M. le Président, M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain).....	22

Échange de vues

Intervenants : M. le Président, Mmes Vandorpe, Greoli, Roberty, M. Sahli, Mmes Nikolic, Lekane, M. Heyvaert, Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM), M. Minotte, Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM), Mme Ringlet, Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse », M. Thirion, Administrateur délégué du centre de prévention du suicide et d'accompagnement "Un pass dans l'impasse", M. Van Tichelen, Président de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM), M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain), Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....25

Organisation des travaux (Suite).....38

Examen de l'arrière

Intervenants : M. le Président, Mmes Greoli, Vandorpe.....38

Reprise de la séance.....39

Projets et propositions.....39

Projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 (Doc. 542 (2020-2021) N° 1 à 1ter) ;

Projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 pour les matières visées à l'article 138 de la Constitution (Doc. 543 (2020-2021) N° 1).....39

Désignation d'un rapporteur

Intervenants : M. le Président, M. Sahli.....39

Exposé de Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes

Intervenants : M. le Président, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....40

Discussion générale

Intervenants : M. le Président, Mmes Greoli, Roberty, Lekane, M. Heyvaert, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....41

Projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 (Doc. 542 (2020-2021) N° 1 à 1ter).....43

Examen et vote des articles.....43

Projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 pour les matières visées à l'article 138 de la Constitution (Doc. 543 (2020-2021) N° 1).....43

<i>Examen et vote des articles</i>	43
<i>Confiance au président et au rapporteur</i>	44
<i>Interpellations et questions orales</i>	44
<i>Interpellation de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'appel de 170 personnalités pour la levée des brevets relatifs aux vaccins contre la covid-19 »</i>	
Intervenants : M. le Président, Mmes Lekane, Vandorpe, M. Heyvaert, Mme Sobry, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, M. Fontaine.....	44
<i>Question orale de Mme Cassart-Mailleux à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la détection de la charge virale des tests PCR et les incohérences relevées entre les centres de testing, le tracing et les laboratoires »</i>	
Intervenants : M. le Président, Mme Cassart-Mailleux, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....	49
<i>Question orale de Mme Vandorpe à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la lutte contre le surpoids » ;</i>	
<i>Question orale de Mme Galant à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'inactivité physique et ses conséquences sur la santé »</i>	
Intervenants : M. le Président, Mmes Vandorpe, Galant, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....	50
<i>Question orale de M. Bastin à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le projet de séance de sensibilisation et de formation des professionnels de soins de santé mentale au Centre régional psychiatrique « Les Marronniers » »</i>	
Intervenants : M. le Président, M. Bastin, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....	52
<i>Question orale de M. Heyvaert à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la stratégie de gestion de l'épidémie de covid-19 » ;</i>	
<i>Question orale de M. Heyvaert à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la stratégie de vaccination » ;</i>	
<i>Question orale de Mme Laffut à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les incohérences survenues dans le fonctionnement des antennes de vaccination covid-19 » ;</i>	
<i>Question orale de Mme Galant à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la vaccination des policiers et gardiens de prison » ;</i>	
<i>Question orale de Mme Vandorpe à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la vaccination des migrants » ;</i>	

Question orale de Mme Sobry à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la capacité du dispositif vaccinal wallon à suivre l'accélération des livraisons de vaccins anti-covid » ;

Question orale de Mme Roberty à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'évolution de la campagne de vaccination contre le SARS-CoV-2 » ;

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la carte blanche d'experts sur la stratégie de vaccination » ;

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la transparence relative aux informations sur la covid-19 » ;

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la vaccination des plus de 80 ans »

Intervenants : M. le Président, M. Heyvaert, Mmes Laffut, Galant, Vandorpe, Sobry, Roberty, Lekane, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....53

Question orale de M. Desquesnes à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les avancées relatives aux nouveaux appareils à résonance magnétique (RMN) pour les hôpitaux wallons »

Intervenants : M. le Président, M. Desquesnes, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....66

Question orale de M. Heyvaert à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la vie dans les maisons de repos et de soins (MRS) »

Intervenants : M. le Président, M. Heyvaert, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....67

Question orale de Mme Ryckmans à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les inégalités accrues entre les femmes et les hommes et les impacts genrés de la crise covid-19 »

Intervenants : M. le Président, Mme Ryckmans, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....69

Question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la promotion de la santé dans le monde carcéral » ;

Question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la vaccination dans les prisons »

Intervenants : M. le Président, Mme Greoli, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....71

Question orale de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le respect des mesures de quarantaine et de testing lors d'un retour de l'étranger »

Intervenants : Mme la Présidente, M. Legasse, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....73

Question orale de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la transmission du virus SARS-CoV-2 par les animaux domestiques »

Intervenants : Mme la Présidente, M. Legasse, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....74

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le dépistage et le tracing dans le cadre de la vaccination »

Intervenants : M. le Président, Mme Lekane, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....75

Question orale de Mme Vandorpe à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les suites du Plan wallon accessibilité pour les personnes à mobilité réduite »

Intervenants : M. le Président, Mme Vandorpe, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....76

Question orale de Mme Sobry à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la refonte du protocole d'accord relatif à la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire »

Intervenants : M. le Président, Mme Sobry, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....77

Question orale de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le renforcement du financement du secteur des maisons de repos » ;

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la situation financière des maisons de repos (MR) et des maisons de repos et de soins (MRS) »

Intervenants : Mme la Présidente, M. Legasse, Mme Lekane, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....78

Question orale de M. Demeuse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le développement des logements d'urgence et d'un abri de nuit à Huy-Waremme »

Intervenants : M. le Président, M. Demeuse, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....79

Interpellation de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le renforcement de la lutte contre la transphobie »

Intervenants : Mme la Présidente, M. Legasse, Mmes Ryckmans, Sobry, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....81

Question orale de M. Hazée à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la mixité homme-femme dans les organes de gestion des organismes d'intérêt public et organes consultatifs »

Intervenants : M. le Président, M. Hazée, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....83

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'accès aux soins de santé des femmes en situation de précarité »

Intervenants : M. le Président, Mme Lekane, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....85

Question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'avant-projet de décret visant à améliorer les conditions de travail dans le secteur des titres-services » ;

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les difficultés du secteurs des titres-services »

Intervenants : M. le Président, Mmes Greoli, Lekane, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....86

Question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le sort des travailleurs ACS domiciliés en Wallonie et actifs dans la Région de Bruxelles-Capitale »

Intervenants : Mme la Présidente, Mme Greoli, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....89

Question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le manque de personnel pour la réouverture de l'HORECA »

Intervenants : Mme la Présidente, Mme Lekane, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....90

Question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la réaffectation de moyens destinés à la formation dans le cadre du budget base zéro »

Intervenants : Mme la Présidente, Mme Greoli, Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes.....91

Organisation des travaux (Suite).....92

<i>Interpellations et questions orales transformées en questions écrites</i>	92
<i>Interpellations et questions orales retirées</i>	92
<i>Liste des intervenants</i>	94
<i>Abréviations courantes</i>	95

Présidence de M. Legasse, Président

OUVERTURE DE LA SÉANCE

- La séance est ouverte à 9 heures 9 minutes.

M. le Président. – La séance est ouverte.

ORGANISATION DES TRAVAUX

M. le Président. – Nos invités sont tous présents, et je les en remercie d'ores et déjà, excepté une personne qui devrait nous rejoindre en visioconférence et avec laquelle nous essayons d'établir la connexion. C'est la personne avec laquelle nous devrions théoriquement commencer pour des raisons de connexion et de canal unique.

Néanmoins, il manque encore un groupe qui n'est pas représenté et qui devrait nous rejoindre également.

Le cas échéant, si le dernier groupe non représenté n'arrivait pas et que l'on a le canal dans les minutes suivantes, je vous proposerais d'inverser les deux points, c'est-à-dire d'évoquer l'organisation des travaux après l'audition de manière à pouvoir commencer, si personne n'y voit d'inconvénient et que tout le monde marque son accord sur cette façon de procéder pour ne pas perdre davantage de temps.

Espérons que la technique et la connectivité nous suivent et que l'on puisse commencer rapidement.

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Monsieur le Président, sur le fonctionnement des auditions, comment allons-nous fonctionner ? Allons-nous écouter les témoignages de chaque personne pour ensuite les interroger de manière ciblée ou entendons-nous une personne à la fois avec un échange de questions-réponses ? Comment comptez-vous envisager les travaux ?

M. le Président. – Merci de me poser la question, cela me permet de vous répondre de manière un peu singulière. Pour la personne qui va nous rejoindre en visioconférence, il est souhaitable, pour des raisons de connectivité, de lui poser les questions après son intervention.

À l'inverse, pour toutes les autres personnes qui suivent, je propose que les interventions se succèdent et que l'on pose les questions à la fin de l'ensemble des

interventions de manière à être un peu plus efficient et ne pas y consacrer huit heures, car nous avons d'autres choses à l'ordre du jour : les questions et interpellations, mais aussi le décret et les arrêtés spéciaux.

Nous avons identifié, sans que ce soit restrictif et impératif, une intervention de 15 à 20 minutes, en sachant que nous avons à tout le moins six intervenants. On ne va pas non plus être trop rigoureux ni incisifs, le sujet est suffisamment important. Cependant, je souhaiterais, tant que faire se peut, avec votre concours bienveillant, ne pas déborder de la matinée quitte à ce que nous arrêtions à 12 heures 45 voire à 13 heures au lieu de 12 heures 30, si cela vous convient.

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Vu le sujet, il faut tout de même prendre le temps de poser l'ensemble des questions. Je rappelle qu'une résolution a été déposée, que l'objectif est de pouvoir éventuellement – il me semble que c'était un souhait de la majorité – avoir des auditions pour amender et faire évoluer cette résolution, d'où la nécessité d'avoir un maximum d'éléments en main puisque c'était une demande qui avait été formulée, que l'on puisse avancer conjointement sur ce texte.

Même s'il ne faut pas faire traîner les choses inutilement, vu les discussions et échanges que nous pourrions avoir, il faut donc prendre le temps nécessaire pour obtenir réponse à l'ensemble de nos questions.

M. le Président. – Je vous en prie, je n'ai rien dit d'autre.

La parole est à M. Sahli.

M. Sahli (PS). – Effectivement, nos orateurs auront la possibilité de faire leur exposé. C'est bien de les cadrer malgré tout pour ne pas trop déborder de telle manière à nous permettre aussi de venir avec des questions. En effet, s'ils répondent déjà à une partie de nos questions dans leur intervention, cela perturbera peut-être nos travaux.

Je croyais qu'il s'agissait plus d'une présentation des institutions pour ensuite nous permettre d'intervenir de telle manière à ce qu'on puisse avoir les réponses, sinon cela va me perturber dans le développement de mon intervention.

M. le Président. – Merci, Monsieur Sahli. Personne d'autre ne souhaite intervenir ? Merci.

Nous allons céder la parole aux intervenants, en espérant que la connectivité nous suive. L'idée est bien que les intervenants évoquent le projet de résolution dont parle Mme Vandorpe afin qu'il y ait une interaction sur l'objet. C'était bien le sens des auditions.

Nous n'avons pas la connexion.

Je vais vous proposer de commencer malgré tout. Nous inversons donc les points de l'ordre des travaux. Nous passerons à l'organisation des travaux quand l'ensemble des groupes sera représenté.

AUDITIONS

PROPOSITION DE RÉSOLUTION VISANT À PRÉVENIR LES SUICIDES ET LES TENTATIVES DE SUICIDE DANS UN CONTEXTE DE FRAGILISATION DE LA SANTÉ MENTALE CAUSÉ PAR LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19, DÉPOSÉE PAR MMES VANDORPE, GREOLI, SCHYNS, GOFFINET, MM. DESQUESNES ET DISPA (DOC. 477 (2020-2021) N° 1)

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les auditions sur proposition de résolution visant à prévenir les suicides et les tentatives de suicide dans un contexte de fragilisation de la santé mentale causé par la crise sanitaire de la Covid-19, déposée par Mmes Vandorpe, Greoli, Schyns, Goffinet, MM. Desquesnes et Dispa (Doc. 477 (2020-2021) N° 1).

Je vous rappelle que M. Heyvaert a déjà été désigné en qualité de rapporteur.

Je vous propose de ne pas commencer nos auditions par la personne en visioconférence – même si cela eut été l'idéal –, mais par un autre intervenant. On va un peu improviser, on va devoir hybrider. Je m'en excuse, mais c'est de l'impro.

Exposé de Mme Lambert et de M. Minotte, Codirectrice et Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM)

M. le Président. – La parole est à Mme Lambert.

Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Je vais intervenir seule, mon collègue sera là pour répondre aux questions dans la suite des échanges.

Madame la Ministre, Madame et Messieurs les Députés, le CRéSaM est ravi de pouvoir contribuer aux

échanges autour de cette proposition de résolution qui nous semble être une thématique essentielle à ce jour.

Je pense que la plupart d'entre vous connaissent le CRéSaM, mais je commence par deux-trois mots pour vous le présenter. L'ASBL CRéSaM dont j'assume la codirection avec mon collègue Pascal Minotte depuis le 1er avril de cette année est reconnue et agréée comme centre de référence en santé mentale depuis 2012 dans le cadre du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

La finalité du centre de référence est de contribuer à l'amélioration des réponses aux problématiques de santé mentale de la population. Pour répondre à ces finalités, nous avons différentes missions qui sont définies dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé :

- une mission de recherche ;
- une mission d'appui aux acteurs de santé mentale ;
- une mission d'information ;
- une mission de concertation ;
- une mission d'observatoire des pratiques en santé mentale.

Nous poursuivons toutes ces missions en développant différents projets grâce à une équipe pluridisciplinaire qui développe des projets, qui les mets en œuvre sur base des demandes qui nous parviennent d'acteurs divers, mais aussi d'initiative à partir des préoccupations que nous pouvons constater sur le terrain.

Nous sommes reconnus comme centre de référence en santé mentale généraliste. Dans le cadre du Code wallon de l'action sociale et de la santé, sont reconnus aussi des centres de référence en santé mentale spécifique, notamment le centre de référence et de prévention du suicide, le CRéPS, qui est un acteur incontournable sur la thématique du jour de la problématique du suicide. Sur les questions très ciblées sur le suicide en particulier, je laisserai toute la place à nos collègues du Centre de référence et de la prévention du suicide.

Je vais dire deux ou trois mots sur le suicide, pour en donner une vision plus large. Sans entrer dans le détail de cette problématique, je voudrais juste souligner le fait que le suicide est à appréhender dans toute sa complexité. Cela nous semble important d'avoir conscience que le suicide recouvre des réalités multiples. C'est important de pouvoir privilégier une vision qui tienne compte de cet aspect multifactoriel par rapport aux causalités du suicide, plutôt que d'en avoir une compréhension trop linéaire.

Le suicide est multifactoriel. Il y a des éléments environnementaux, de contexte social, et cetera qui sont importants à prendre en considération. Mais le suicide a des liens très étroits avec la question de la santé mentale. Je dirais notamment que la pathologie mentale

est un des facteurs de risque les plus importants en matière de suicide.

Par ailleurs, il me semble aussi que tout ce qui peut contribuer à l'amélioration de la santé mentale de la population est potentiellement un facteur de protection par rapport au passage à l'acte suicidaire.

De tout cela découle notre souhait aujourd'hui d'intégrer toute une série d'acteurs par rapport à cette problématique du suicide, de manière à envisager cette proposition de résolution dans le cadre d'une politique de santé mentale globale et intégrée. Ce sera le fil rouge de mon intervention ce matin qui va se situer autour de cette nécessité d'envisager cette proposition de résolution dans cette vision globale, comme je viens de le dire.

Il me semble que cette vision de santé mentale globale et intégrée est tout à fait en cohérence aussi avec les réformes en cours, que ce soit la réforme en santé mentale pour adultes, celle qui démarre pour les personnes âgées, mais aussi la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Dans ce sens, il me semble intéressant et essentiel d'inclure différents types d'acteurs par rapport à cette proposition de résolution. Il y aura les acteurs de première ligne – je vais en dire un mot –, les acteurs de santé mentale en tant que tels et les acteurs politiques. Je dirais aussi un mot sur le rôle des médias, de la presse.

Concernant les acteurs de première ligne, je voudrais revenir sur le point 7 de la proposition de résolution qui est de sensibiliser les acteurs de première ligne, en ce compris les parents et les enseignants, à la détection précoce et de pouvoir les former à la problématique de la prévention du suicide.

Je vais formuler quelques commentaires par rapport à ce point de cette proposition de résolution.

On parle, à juste titre, des parents et des enseignants – je reviendrai un petit peu plus loin sur la question de l'école en particulier –, mais la première ligne, ce sont aussi un tas d'autres acteurs, notamment la première ligne de santé, avec les médecins généralistes, les pharmaciens, qui sont confrontés en premier chef, bien souvent, à des signes avant-coureurs qui sont difficilement décelables et face auxquels il est difficile parfois de savoir aussi vers qui orienter les personnes qui présentent ces signes.

Plus globalement, par rapport à cette sensibilisation des premières lignes, il nous semble vraiment essentiel de sensibiliser non seulement à la question du suicide, mais de façon plus générale à la question de la santé mentale.

La crise nous montre aujourd'hui encore davantage. Depuis un peu plus d'un an maintenant au CRéSaM, on

a été sollicités à plusieurs reprises par des acteurs de première ligne qui sont démunis, qui ont besoin d'outils, qui ont besoin d'informations sur la santé mentale.

Le point numéro 7 de la proposition de résolution parle de détection précoce. Nous rajouterions aussi la nécessité d'une information sur l'offre de soins. La crise nous montre encore avec force aujourd'hui à quel point les acteurs de première ligne sont démunis quand il s'agit d'orienter les personnes avec lesquelles elles sont en contact vers les services d'aide et de soins en santé mentale.

Il nous semble vraiment essentiel aussi, par ailleurs, que ces sensibilisations et ces formations à destination des premières lignes puissent s'appuyer sur les acteurs de santé mentale en tant que tels et sur un territoire donné.

Cela nous semble vraiment intéressant dans la mesure où, quelque part, des ponts sont déjà créés et permettent de relier déjà les acteurs de première ligne avec les acteurs de santé mentale sur un territoire donné. Cela facilite évidemment les collaborations face à des situations problématiques.

Je voulais juste faire un tout petit focus sur l'école. La pandémie met vraiment en évidence le désarroi d'un nombre important de jeunes et le sentiment aussi d'impuissance des acteurs scolaires face à ce qu'ils perçoivent de cette souffrance des jeunes.

Sans doute attendons-nous peut-être de l'école aujourd'hui qu'elle prête une attention particulière à l'expression des émotions des jeunes. Cela nécessite vraiment que les acteurs scolaires – je ne parle pas uniquement des enseignants, mais bien de l'ensemble de la communauté scolaire – puissent être outillés pour ce faire. Cela ne peut s'envisager que dans la transversalité – c'est un point essentiel – des autorités politiques et administratives, mais aussi évidemment la transversalité sur le terrain dans l'interdisciplinarité.

Ce qui se vit dans les écoles aujourd'hui avec les jeunes est effectivement crucial, mais en même temps très complexe. Il nous semble indispensable d'intégrer, dès le départ, les acteurs scolaires dans la réflexion sur ces sensibilisations à la santé mentale.

On soutient évidemment la nécessité d'avoir des espaces de coconstruction entre les acteurs de santé mentale, les acteurs en prévention du suicide et les acteurs du monde scolaire.

Juste quelques pistes par rapport à cette question de la santé mentale et de l'école : il nous semble important de placer la notion de bien-être au cœur des établissements scolaires. La promotion du bien-être à l'école peut se travailler de différentes façons avec de différents outils.

Il me semble important aussi d'ouvrir des espaces d'expression dans les écoles et de pouvoir aider les acteurs scolaires à accueillir les émotions des enfants et des jeunes et puis à faire une place à l'expression de la souffrance. On soutient aussi le développement d'approches collectives. Dans le cadre de cette pandémie, on est tous un petit peu dans un repli sur soi, avec des liens sociaux qui sont vraiment très ténus. Cela nous semble intéressant de privilégier des approches collectives, que ce soit dans le monde scolaire, mais aussi dans l'ensemble de la société.

Je voudrais reprendre aussi le point 3 de la proposition de résolution qui est de renforcer les lignes d'écoute et de prévention du suicide et de proposer le rappel systématique des appelants. Cela nous paraît essentiel. On voudrait vous donner quelques réflexions à ce sujet. La crise sanitaire a vu émerger un nombre assez important de lignes d'écoute, pas spécifiquement liées au suicide, mais plus largement des lignes d'écoute de santé mentale. Il serait intéressant d'avoir une idée de l'utilisation de ces différentes lignes d'écoute et de réfléchir de façon globale et transversale à l'articulation entre des lignes d'écoute spécifiques suicide et des lignes d'écoute plus généralistes santé mentale, de manière aussi à améliorer la visibilité de l'offre. J'y reviendrai tout à l'heure.

Il me semble aussi important, au-delà des lignes d'écoute téléphonique, de privilégier aussi des points d'accueil en présentiel et de soutenir aussi le développement de permanences, des accueils à bas seuil au sein des services de première ligne, avec l'appui notamment des professionnels de la santé mentale, tout en étant attentifs à cette question de l'accessibilité, et en diversifiant les modalités d'accueil et d'écoute.

J'en viens à l'offre de soins en santé mentale de façon plus spécifique. C'est vrai que j'ai évoqué à l'instant la question de la visibilité de l'offre de soins. Il s'agit aussi d'un élément clé pour améliorer l'accessibilité à l'offre de soins en santé mentale. Cette visibilité de l'offre doit, selon nous, vraiment être améliorée, notamment vis-à-vis des actes de première ligne. Je vous invite à aller voir le travail qui a été réalisé par le CRéSaM à ce sujet. On a réalisé une représentation des catégories de services de santé mentale, en se basant sur la pyramide de l'OMS. Je vous invite aussi à consulter le site Trouverdusoutien.be – vous le connaissez, il est intéressant à cet égard – et la cartographie qui est réalisée et mise à jour par le CRePS.

Pour garantir cette accessibilité, il y a certes la question de la visibilité, mais il faut aussi que l'offre de soins soit suffisante. On ne peut que souligner l'importance du renforcement des services existant via les moyens qui ont été dégagés dans le cadre de cette pandémie par la Wallonie. Nous ne pouvons qu'encourager la pérennisation de ces moyens.

Vous le savez toutes et tous, les échos qui nous parviennent du terrain à travers les projets qu'on mène au CRéSaM sont inquiétants à plus d'un titre, notamment concernant les jeunes. Les professionnels témoignent non seulement d'une augmentation des admissions en hôpital, une augmentation des demandes de consultation, mais aussi – et cela me semble important de le souligner – relativement à la gravité des symptômes que présentent notamment les jeunes, mais de façon plus générale aussi. Je pense que c'est important. Il n'y a pas uniquement la quantité de demandes d'admission ou de consultation, mais aussi la gravité des symptômes qui nécessitent des prises en charge plus conséquentes, avec des équipes pluridisciplinaires. Cela me semble important d'attirer l'attention sur cet élément.

Les services sont saturés, vous le savez. Si l'implication des premières lignes permet déjà d'avoir une première écoute, de parfois endiguer la crise et permettre que ce soit parfois suffisant, il n'en reste pas moins que certaines situations doivent pouvoir trouver des réponses au sein d'un service d'aide et de soins, spécialisé en santé mentale. L'engorgement des services à cet égard est un réel problème.

Je vais aborder maintenant la troisième catégorie d'acteurs qui sont les acteurs politiques, en lien avec la question de la transversalité. Je prends le point 8 de la proposition visant à travailler à l'intégration des enjeux liés à la santé mentale dans l'ensemble des politiques publiques. C'est vrai que la crise sanitaire a montré à quel point les décisions prises à certains niveaux ont un impact sur la santé mentale.

Certes, la situation est exceptionnelle. Il n'empêche que cette situation met en lumière ce qui nous semble essentiel, à savoir que la santé mentale est l'affaire de tous.

Je vais évoquer deux-trois points en termes d'impact. Je pense que nous les avons toutes et tous en tête depuis des mois. Il y a la question de l'isolement social qui fragilise et qui est aussi un facteur de risque par rapport au passage à l'acte suicidaire notamment. Je vous renvoie aussi à ce sujet sur la question de l'isolement social à la prochaine édition de la Semaine de la santé mentale qui est organisée par le CRéSaM et qui porte cette année sur cette question du lien social et de la santé mentale.

Un autre impact est la question du sens. On n'en parle pas autant que l'isolement social ou la perte de revenus, et cetera. Mais la question de la perte du sens est assez marquante dans le cadre de cette crise. Cette attaque du sens vient fragiliser à nouveau tout un chacun.

Un dernier impact dont je pense que l'on parle moins est la question des rythmes. On est tous – les jeunes en particulier, mais aussi avec le télétravail, et cetera –

dans des journées beaucoup moins structurées, avec moins d'éléments qui viennent scander un peu les journées. C'est aussi un élément qui nous semble intéressant à souligner.

Tout ceci implique une nécessaire articulation entre les différents secteurs, les différents niveaux de pouvoir – cela nous semble fondamental – et des collaborations dans la transversalité. L'exemple de l'école tout à l'heure est exemplatif à cet égard.

Aussi, un élément tout à fait fondamental, qui a déjà été cité par ailleurs, c'est la nécessité que toute décision qui est prise, à quelque niveau que ce soit, quel que soit le domaine de la société concerné, devrait l'être en anticipant ses effets sur la santé mentale de la population.

Et si des mesures doivent être prises pour alors envisager les mesures qui doivent aussi être mises en place pour « contrebalancer » les effets des mesures délétères sur la santé mentale.

Le CRéSaM a notamment repris cette recommandation dans un plaidoyer qu'elle a réalisé il y a déjà quelques années avec diverses associations actives en santé mentale sur l'ensemble du territoire belge.

Tous ces éléments nous semblent aussi en cohérence avec le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, bien entendu, et cela m'amène au point suivant de la proposition de résolution, auquel nous souscrivons, bien entendu, qui est d'exiger la présence d'un spécialiste de la santé mentale et d'un sociologue dans le groupe d'experts en stratégie de crise pour la covid-19. Le CRéSaM aussi, en début de crise sanitaire, a envoyé un courrier à ce sujet lors de la précédente législature, à la première ministre fédérale pour soutenir cette proposition-là aussi.

J'en viens au dernier point. Je n'ai pas du tout vu le temps que j'ai déjà écoulé. J'en viens juste au dernier point, la dernière catégorie d'acteurs, il s'agit de la presse. Je reprends le point 6 de la proposition de résolution, de travailler avec la presse, pour la sensibiliser à son rôle dans la lutte contre la propagation du suicide.

À cet égard, nous voulions souligner deux points. Un premier point qui nous semble important c'est de pouvoir mener effectivement une réflexion sur la manière d'aborder le sujet par la presse, que ce soit la question du suicide, mais aussi, plus globalement, même s'il y a des nuances à faire par rapport à cela, mais de façon plus globale aussi, sur la santé mentale.

C'est vrai que le CRéSaM a fait tout un travail aussi avec des dizaines de rédactions sur ces questions-là, de comment parler de santé mentale, même si je sais que pour parler du suicide, cela nécessite peut-être encore

d'autres points d'attention que de parler de santé mentale en général.

Mais il y a en tout cas une manière d'aborder les choses et je pense qu'il y a vraiment des sensibilisations à faire à l'égard de la presse.

Le deuxième point que je voulais souligner par rapport à ce point sur les médias, c'est de les encourager à systématiquement, dans chaque article, chaque reportage, de pouvoir relayer les ressources existantes en matière de santé mentale, les aides accessibles, les numéros d'appel, et cetera. Cela nous semble tout à fait essentiel. Cela fait partie aussi des recommandations que le CRéSaM a rédigées à l'attention des journalistes dans le cadre d'un projet qui était soutenu par la fondation Roi Baudouin par ailleurs. Pour terminer là-dessus, je pense que vous l'avez compris, la proposition de résolution nous semblait tout à fait pertinente et nous soulignons évidemment la nécessité, outre le renforcement de la prévention du suicide en tant que tel, de pouvoir élargir la réflexion pour une santé mentale globale appréhendée dans la transversalité. Je vous remercie.

M. le Président. – Merci beaucoup à vous, Madame Lambert.

Exposé de Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage.

M. le Président. – Mme van Leuven est parmi nous, à distance. Nous avons donc la connexion.

Je vous propose de prendre la parole dès à présent. On va un peu modifier le passage, mais cela n'a aucune espèce d'importance, de manière telle à ce que l'on puisse vous poser éventuellement les questions suite à votre intervention parce que malheureusement nous n'avons pas la connexion de manière indéfinie, nous sommes limités dans l'organisation des travaux du Parlement avec d'autres salles, et cetera.

Vous disposez d'un quart d'heure ou vingt minutes.

La parole est à Mme van Leuven.

Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage. – Merci beaucoup de m'accueillir. Je vais d'abord vous préciser que je suis psychiatre, je travaille dans l'équipe mobile de crise de la région du Centre. C'est un territoire qui couvre toute la région du Centre, le point Erquennes où nous allons à domicile à partir de 16 ans, dans toute situation de santé mentale de crise, notamment nombre de situations de suicides, post-suicidaires. Je travaille aussi à l'hôpital de jour du centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage.

Ce sont deux structures, l'équipe mobile de crise et l'hôpital de jour, qui ont eu la chance de pouvoir continuer à fonctionner, depuis le début de la pandémie. Ce qui a permis – je parle de l'hôpital de jour – de garder des personnes avec des gros troubles psychiques en relativement bonne santé mentale parce que le lien social a pu être maintenu et que cela a été vraiment fondamental pour les patients.

Je rejoins tout à fait la résolution qui, en effet, associe les problèmes de santé mentale à l'isolement.

Avant de discuter de la résolution, à laquelle je souscris entièrement, je souhaite rappeler le contexte ; je pense que vous le connaissez, mais il faut quand même le rappeler. Il y avait déjà des problèmes de continuité des soins et de dispensation de soins avant même la pandémie. Au niveau des services de santé mentale, il y a un gros problème de disponibilité. À partir du moment où l'on soutient des soins pour des personnes, y compris très malades, dans la cité, cela demande une prise en charge longue.

Une personne psychotique doit parfois être soignée toute sa vie, les cellules de santé mentale le font très bien, mais cela demande un travail long, continu, parfois complexe, parce que c'est tout un travail de réseau également. Les cellules de santé mentale étaient surchargées avant même le début de la crise. En tant qu'équipes mobiles de crise, comme nous mettons en place des relais, nous nous retrouvons régulièrement confrontés à une insuffisance de moyens au niveau de la santé mentale.

D'autre part, il y a aussi des problèmes d'accès pour des personnes en difficulté sociale, j'y reviendrai. C'était le premier point, il y avait une insuffisance avant même la pandémie.

Deuxièmement, vous savez comme moi à quel point c'est difficile de coordonner des soins quand ils dépendent d'instances de décision aussi différentes. Je pense aussi à l'Aide à la jeunesse, à l'ONE, qui dépendent d'autres instances. C'est donc difficile de penser à un plan de santé mentale pour toute une population, que ce soit des enfants, des ados, des adultes, des personnes âgées. Cela devient très difficile de penser à un grand plan de santé mentale et d'articuler ces différents niveaux d'intervention.

Je vais vous donner un simple exemple : quand des parents ont des troubles psychiques importants, des tentatives de suicide, et cetera, la question de l'intervention auprès des enfants de ces familles est très importante. Ici, à Manage, il y a environ 400 personnes hospitalisées, y compris en maison de soins psychiatriques. Il y a des enfants dans ces situations-là et l'aspect préventif auprès des enfants est très important, mais n'est prévu nulle part. C'est donc toujours un bricolage qui n'est pas spécialement reconnu. Il y a une globalité à penser.

Troisièmement, le suicide est un des aspects liés à la santé mentale, mais c'est bien au niveau de toute la santé mentale qu'il faut pouvoir revoir les choses.

Au niveau du travail clinique et de ce que l'on voit sur le terrain pour le moment, puisque l'on a des interventions en équipe mobile de crise à partir de 16 ans, le suicide est très souvent lié à l'isolement et au manque de liens. Il faut essayer d'éviter de penser en termes de « un psy derrière chaque citoyen pour essayer de prévenir le suicide » et travailler sur la question des liens. En santé mentale, on sait que ces liens ne se travaillent pas uniquement dans des structures qui sont typiquement en santé mentale, mais qu'il y en a plein d'autres : l'éducation permanente, les centres de jour, les centres d'expression et de créativité, les clubs, les associations. Je pense aussi à tout ce qui est association de père aidant pour des personnes en difficulté. Pour les jeunes, il y a des AMO, des associations en milieu ouvert, dont certaines ont été particulièrement actives et importantes en période de pandémie. C'est tout ce tissu qu'il s'agit de renforcer et pas uniquement celui de la santé mentale et du lien entre ces différentes structures.

Dans l'idée de ne pas individualiser, je me posais la question du point 4 de la résolution sur les programmes internet d'autogestion de la santé de qualité. L'autogestion, c'est bien, mais je ne sais pas très bien ce qui est entendu dans ce point 4. J'ai peut-être loupé une partie de la présentation, mais il n'est pas très clair pour moi. Ce qu'il faut éviter de nouveau c'est d'individualiser les choses et d'aller dans l'idée que chacun est responsable de sa santé. C'est vrai en partie, mais jamais tout seul. On peut proposer des approches individuelles, mais uniquement si elles suffisament en réseau avec un accès aux soins.

Quand je parlais de l'insuffisance des moyens en santé mentale, je suis tout à fait d'accord avec Mme Lambert sur le fait que la question de la visualisation des systèmes de soins n'est pas toujours suffisante et les généralistes sont les premiers à le dire.

Je reviens à la lasagne institutionnelle, mais c'est au niveau du 107 qui est fédéral qu'on a mis en place tous ces comités de réseau – les équipes mobiles en font partie – où les généralistes sont extrêmement satisfaits d'avoir la possibilité de pouvoir se réunir suffisamment régulièrement pour assurer un contact étroit entre la santé mentale et la première ligne. Par première ligne, j'entends les généralistes et je pense que c'est un des axes importants au niveau de la prévention du suicide aussi, c'est de pouvoir renforcer ces liens entre psychiatres et généralistes, qui sont souvent beaucoup trop écartés les uns des autres.

Je voulais également revenir sur un point évoqué tout à l'heure : la question de l'accessibilité pour des personnes qui sont en difficultés sociales. On sait que les difficultés sociales sont quand même un facteur très important dans les problèmes de santé mentale. Assez

souvent, paradoxalement, ce ne sont pas des pathologies psychiatriques très graves, mais ce sont des souffrances en santé mentale qui font énormément de dégâts tels que le *burn-out* par exemple. Il ne s'agit pas d'une maladie mentale, mais c'est quelque chose qui induit plus de suicides que les problèmes psychiatriques eux-mêmes. Il faut être attentif à cette question de la souffrance sociale et on se rend compte qu'une des grosses difficultés, c'est l'accessibilité même à des services sociaux pour des personnes en difficulté. Par exemple, on se rend compte dans les SSM qu'il y a des personnes qui devraient bénéficier d'une aide du CPAS, qui n'y ont pas accès.

Il y a des dossiers qui bloquent, on ne comprend jamais très bien pourquoi, mais une des idées que nous avons eues au cours de cette crise avec des services de santé mentale, c'est de se dire qu'il faudrait pouvoir renforcer le travail de réseau.

Par exemple, les CPAS ne pourraient-ils pas déléguer un assistant social dans des cellules de santé mentale, dans des maisons médicales pour faciliter l'accès aux services pour des personnes pour lesquelles cela bloque ?

En effet, il y a des tas de demandes sociales qui arrivent dans les maisons médicales, dans les services de santé mentale et cela n'arrive pas jusqu'au bon endroit. Il y a donc cette question de pouvoir avoir plus de mobilité au niveau des personnes, au niveau des services pour faire un travail de lien.

Au niveau de la résolution elle-même, j'ai repris point par point.

Premièrement : élaborer une stratégie cohérente de prévention du suicide. C'est évident et je soutiens absolument cette proposition de résolution. Je trouve vraiment top la fait que vous soulignez l'approche genrée parce qu'en équipe mobile, on se rend compte à quel point il y a des difficultés chez les femmes en particulier qui, à la fois sont dans des professions de premières lignes et à la fois, assurent en même temps les soins à domicile et l'éducation des enfants. Il y a vraiment des particularités au niveau des violences que subissent les femmes aussi dont vous tenez compte au niveau de la résolution, ce que je trouve très intéressant.

Deuxièmement : le monitoring hebdomadaire des décès par suicide renseignés par les certificats de décès. Je trouve cela très compliqué, car j'en ai été témoin moi-même. Les certificats de décès ne mentionnent pas toujours les problématiques suicidaires. Un monitoring est nécessaire, mais c'est une question complexe parce qu'il existe une sous-estimation rapportée par de nombreux intervenants du nombre de suicides en Belgique, même si le taux est déjà élevé.

Troisièmement : renforcer les lignes d'écoute et proposer le rappel systématique. C'est, en effet, une nécessité.

Quatrièmement : le point relatif au programme internet d'autogestion. Je ne vois pas très bien comment vous visualisez cela, mais attention à ne pas trop individualiser les problèmes de santé mentale puisque c'est justement l'individualisation qui peut poser problème.

Cinquièmement : dégager des moyens supplémentaires pour la postvention et amplifier les mesures proactives après un suicide dans le milieu dans lequel il est intervenu et les milieux fréquentés par la personne décédée. On pense à ce qui se fait déjà au niveau des interventions dans les écoles et parfois sur le lieu du travail.

En effet, et je trouve que les centres de prévention suicide sont particulièrement bien équipés aussi pour pouvoir assurer cela, mais certains services de santé mentale le font aussi, en collaboration avec les PMS. C'est quelque chose qu'il faut renforcer.

Pour la presse, Mme Lambert a bien dit les choses. Sensibiliser les acteurs de première ligne, les parents et les enseignants à la détection précoce, oui. Mais, c'est de nouveau une question complexe parce que c'est bien dit dans la résolution, mais parfois certaines approches sont compliquées parce qu'elles mettent le focus sur le suicide. Il peut y avoir des effets de contagion suicidaire. La sensibilisation est à faire, mais par des professionnels qui sont bien formés sur la question du suicide.

Le point 8 : « Travailler à l'intégration des enjeux liés à la santé mentale en lançant des politiques publiques ». Oui, on ne peut que le souligner. Je trouve que ce point, il y a eu énormément de confusion depuis le début de la crise. J'ai parfois eu un sentiment de confusion lié au fait que des politiques pouvaient parler de la santé mentale en l'associant à l'ouverture de restaurants, aux métiers de contact.

Des métiers de contact, le bien-être, et cetera participent à la santé mentale. Mais, ce n'est absolument pas à séparer, à diviser ou à mettre en opposition par rapport à une santé globale. C'est le cas dans certaines familles, j'imagine que cela s'est posé pour nombre d'entre nous : que se passe-t-il quand un ado, un jeune qui est aux études a contaminé toute sa famille, avec des parents qui développent un Covid long, qui sont en difficulté financière quand il y a eu transmission intrafamiliale ? J'en ai connu dans mon entourage. C'est la majorité des transmissions. Ce n'est pas si simple.

Cela veut dire que la santé mentale est aussi parfois renforcer les propositions pour que les personnes soient mieux équipées pour réfléchir : les mesures de prévention à prendre, comment réfléchir les contacts avec ma famille quand je suis quelqu'un à risque ?

Je trouve que là-dessus, la carte blanche de Marius Gilbert de Leila Belkhir et de Nathan Clumeck était très éclairante, mais ce n'est qu'un début. Je trouve que c'est

une bonne piste d'essayer de sortir de la question du *stop and go* par catégories, mais de la penser plutôt au niveau des facteurs de risque.

À ce niveau, il faudrait réfléchir à comment on équipe un peu mieux la population parce que la crise sanitaire n'est pas terminée, loin de là, je pense.

Enfin, le point 9 : » exiger la présence d'un spécialiste pour la santé mentale et d'un sociologue dans le groupe d'experts de stratégie de crise pour la Covid-19 ». Je trouve que quelqu'un qui est particulièrement actif, mais un peu seul, c'est Mme Nieuwenhuys. J'ai toujours trouvé que ses interventions étaient fortement en lien avec la santé mentale. C'est une sociologue qui a conscience de cette articulation étroite entre la situation sociale des personnes et leur santé mentale. Elle a conscience du fait que les difficultés sociales sont parmi les plus grandes pourvoyeuses de problèmes de santé mentale. Elle fait des propositions constructives par rapport à cela.

En l'écoutant, je trouve qu'elle est souvent fort seule dans ses interventions au GEMS. Cette approche est à soutenir. Ce serait le message. Ne détachez pas la question de la santé mentale du reste parce que la particularité de la santé mentale est justement d'être tellement étroitement articulée avec tout le tissu social. C'est dans ce sens qu'il faut penser les choses.

Échange de vues

M. le Président. – Je vais proposer aux commissaires d'intervenir dès à présent vu les difficultés techniques.

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – De manière générale, je voudrais commencer par dire – Alda Greoli, qui est cosignataire avec moi de cette proposition, de résolution, ne me contredira pas – qu'on se réjouit déjà des deux interventions qu'on vient d'entendre. On ne doute pas que ce se sera la même chose pour les suivantes, parce qu'il y a une analyse précise de notre résolution, et on sent qu'on n'était pas à côté de la plaque. Je suis assez surprise de l'enthousiasme et de la bonne réception que vous pouvez donner à cette résolution, et je m'en réjouis, et je sais que les collègues des autres partis, justement par ces auditions, avaient envie de pouvoir aussi s'y accrocher.

Je trouve que depuis ces dernières semaines, enfin, on en parle de plus en plus. Beaucoup d'entre vous avaient déjà alerté aussi via des cartes blanches et autres, nous, cela fait de nombreux mois qu'on essaye d'alerter aussi. Ces dernières semaines, on a cette émission *Investigations*, une nouvelle carte blanche dans *La Libre* du service de santé mentale de Wavre, les chiffres de la dernière enquête de Sciensano qui pointent

notamment les troubles anxieux et dépressifs qui sont plus fréquemment observés que lors des enquêtes de juin et septembre, et encore bien d'autres éléments. Je pense vraiment qu'il est urgent d'avancer encore sur ce dossier, on le sait, j'ai eu l'occasion de le souligner à plusieurs reprises auprès de la ministre, plusieurs millions d'euros ont été investis pour renforcer les équipes de professionnels de la santé mentale, mais pour nous, il faut aller plus loin et dans les deux témoignages que j'ai déjà pu entendre aujourd'hui, vous soulignez aussi ce point-là, que ce n'est pas après la crise que tout cela s'arrêtera, au contraire. Il faudra encore avancer sur ces dossiers et il faut vraiment une approche transversale et globale de la prévention du suicide et de la santé mentale en général, je l'entends bien.

Je vais en venir plus précisément à mes questions pour le docteur Van Leuven, et j'en viendrai, je suppose, dans un deuxième tour, pour Mme Lambert et les autres intervenants qui auront encore l'occasion de s'exprimer.

On l'entend dans votre réflexion : les services étaient déjà surchargés, saturés, avant la crise, et donc, est-ce que vous avez dû travailler différemment et est-ce que vous pensez que vous allez, après la crise, devoir travailler, là aussi, différemment ? Pas seulement sur l'intensification des demandes, finalement, mais sur votre pratique professionnelle ? Est-ce que vous abordez les choses différemment ici avec cette crise, et est-ce que vous allez devoir le faire par la suite aussi ?

On parlait aussi du fait que cela allait se prolonger encore, c'était aussi une remarque de l'avis du Conseil supérieur de la santé, qui disait aussi qu'après la pandémie, cela continuerait. Est-ce que vous estimez que ce message-là est entendu ? Mme Lambert le soulignait en disant « il faudrait peut-être pérenniser ces montants qui ont été accordés », est-ce que vous pensez qu'il faut travailler sur des réformes plus structurelles pour l'avenir, en Wallonie particulièrement, parce que c'est de ce point-là dont nous avons la charge ? Ce sont vraiment deux questions plus générales.

Par rapport à la transversalité : entre les services, mais aussi entre les niveaux de pouvoir, si je peux m'exprimer comme cela, tout le travail entre la Région wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles, par exemple, on avait déposé une résolution en Fédération Wallonie-Bruxelles pour la santé mentale des jeunes. Est-ce que vous avez des idées pour renforcer cette transversalité autrement que par le contact humain, qui se fait certainement aujourd'hui dans certaines régions, les AMO, les CPAS, et cetera. Il y a certaines régions où cela fonctionne, où les contacts sont pris, parce que c'est peut-être une plus petite région, ou parce qu'il y a un gros travail qui a été effectué depuis des années. Est-ce que vous avez d'autres pistes de solutions ?

Je retiens vraiment votre idée de déléguer à un assistant social du CPAS qui pourrait, finalement, amener sa touche dans les autres services pour pouvoir

faire le lien et pour pouvoir diriger les gens à leur bonne place.

Dernier petit point, je suppose que Mme Greoli complétera avec d'autres questions. J'entends votre réflexion sur le monitoring qui est compliqué, mais j'ai envie de dire : est-ce que c'est parce que c'est compliqué qu'on ne doit pas essayer de l'avoir ? » Même s'il y a sous-estimation, n'est-ce pas quand même mieux que ce qu'on a aujourd'hui. Ne faut-il pas encore intensifier de ce côté-là. Je trouve que c'est toujours difficile d'essayer de juger ou d'analyser des décisions politiques si ce n'est pas chiffré. Même si l'on sait qu'ici – la santé mentale c'est difficile à chiffrer – je trouve que c'est toujours difficile d'analyser des positions politiques qui ont été prises si l'on n'a pas de chiffres derrière pour les analyser. Voilà les quelques pistes de réflexion que je voulais amener pour vous docteur.

M. le Président. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Je vais poser une ou deux questions. Dans les faits, je vous les pose maintenant, mais elles seront destinées à chacun d'entre vous. Une de mes plus grandes craintes, c'est qu'une fois que la pandémie, d'un point de vue de la santé physique, sera sous contrôle, on oublie qu'elle a une deuxième vague et une troisième vague.

Ce que j'appelle la deuxième vague, c'est la vague de la santé mentale. Madame van Leuven, je crois que vous avez raison de dire que parfois on emploie « santé mentale » un peu à tort et à travers, et que l'on confond « santé mentale », « maladie mentale », et, par ailleurs, les « états différents de l'état dans lequel on se trouve ». C'est vrai, et j'emploie moi-même « santé mentale » pour dire « bien-être ». Mais, vous m'excuserez de dire qu'il y a une zone grise entre l'état de bien-être et l'état de difficulté de santé mentale. Et cette zone grise est peut-être celle justement où les actions sont les plus pertinentes et où elles peuvent avoir un impact le plus important pour revenir à un état de bien-être suffisant.

J'en reviens à ma question. Ma question fondamentale est : « notre responsabilité de politiques, mais aussi d'acteurs de terrain est de faire prendre conscience que la pandémie ne va pas s'arrêter avec la vaccination ». Les effets de la pandémie ne s'arrêteront que lorsque nous aurons suffisamment agi et suffisamment longtemps pour que la résilience, un état de bien-être suffisant de la population soit revenu à jour et soit entretenu. Pour moi, cela c'est un des premiers effets. Je voudrais vous entendre là-dessus parce que Mathilde Vandorpe, à juste titre, a parlé de la pérennisation des moyens. Je pense que la pérennisation des moyens va de pair avec le fait de dire qu'une série d'actions doivent se poursuivre dans le temps, comme si elles étaient liées à la pandémie. Cela, c'est une première chose.

Le deuxième aspect que je voulais engager avec vous, c'est un aspect plus global de l'état de santé mentale de la population, qui conduira non seulement à ce que j'appelle cette « deuxième vague », que je ne confonds pas avec les autres vagues, mais aussi à ce que j'appelle la troisième vague. C'est celle de la désaffiliation sociale et de la désaffiliation démocratique. Or, on sait déjà que les difficultés de santé mentale ne sont pas réparties de manière équitable dans la population et qu'elles touchent déjà de manière plus importante les populations les plus fragilisées et/ou les populations en situation sociale plus compliquée. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en a pas ailleurs. Ce serait trop facile de caricaturer.

Dès lors, je parlerais maintenant de la troisième vague. C'est-à-dire celle des mesures sociales et celle des mesures de participation démocratique et l'on en revient au lien social. Je trouve que c'est l'occasion pour nous de vous entendre sur ce que j'estime – mais ne suis pas la seule – comme cette deuxième et cette troisième vague, ou ce deuxième ou troisième temps – pour ne pas confondre avec les vagues de la pandémie habituellement citées – qui me semble tout aussi importante. On ne les a pas identifiées comme cela, mais puisque nous avons la chance de vous entendre sur cette résolution, c'est aussi pour moi l'occasion de vous faire parler sur ces aspects-là.

J'espère ne pas avoir été trop longue, Monsieur le Président, afin de respecter votre état de bien-être à vous.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Je vous remercie pour votre intervention.

Je voudrais revenir sur trois points à propos de la question de la santé mentale des jeunes, avoir votre avis sur une de nos propositions ainsi que sur la gestion participative avec les jeunes dans la gestion de la crise et, enfin, sur le lien entre situation sociale et santé mentale.

Sur la question de la santé mentale des jeunes, nous sommes repartis d'enquêtes universitaires qui montrent que les jeunes entre 14 et 25 ans sont les plus touchés mentalement. Plusieurs spécialistes ainsi que des organisations de jeunes appellent à prendre des mesures plus importantes pour eux.

Une mesure qui est déjà revenue dans le débat public, c'est la gratuité des soins de santé mentale pour les jeunes entre 18 et 25 ans avec le remboursement à 100 % des psychologues qui les prendraient en charge. On sait en effet que beaucoup d'entre eux ont des difficultés financières aggravées par la crise. Cette mesure permettrait donc une avancée dans le droit à la santé qui, dans les faits, malheureusement, à l'heure actuelle, n'est toujours pas accessible à tous.

C'est dans cet esprit que nous avons proposé devant ce Parlement une motion qui visait à proposer la gratuité des soins de santé mentale pour les jeunes. Malheureusement, cette proposition n'a pas été reprise. On nous a notamment opposé l'argument selon lequel il ne fallait pas proposer cette mesure, car les services de santé mentale étaient déjà surchargés. Selon nous, un tel raisonnement continuerait la logique d'exclusion des soins de santé de toute une partie de la population plus précarisée. On trouve que c'est une forme de sélection.

J'aurais voulu savoir ce que vous pensez de cette proposition et si la saturation évoquée des services de soins est un réel obstacle à la gratuité pour vous. Dans ce cas, plaideriez-vous pour davantage de moyens humains ou financiers ?

Toujours concernant les jeunes, on sait aussi que beaucoup d'entre eux ne sont pas sentis écoutés au cours de cette crise. On a eu des retours où pas mal avaient l'impression d'être stigmatisés aussi et que leur avis n'était pas pris en compte. Pensez-vous qu'ils devraient être associés aux discussions concernant les stratégies de confinement et déconfinement, et concernant les mesures sanitaires à prendre ? Si oui, quelle serait une des manières qui pourrait être appliquée ? Devrait-on créer des espaces de discussion avec les jeunes et des représentants des autorités ? Que pensez-vous de tout cela ?

Pour terminer, sur la question du lien entre situation sociale, avez-vous pu établir qu'il y a une plus grande proportion de gens touchés mentalement par la crise dans les plus précarisés ? Je sais que c'est une question assez large et assez générale. Quelles sont les mesures à prendre afin d'aider ces gens qui font face à l'exclusion sociale ?

M. le Président. – J'ai conscience que ce n'est pas le système idéal de questionner un intervenant alors que tous les autres ne se sont pas encore exprimés, mais les conditions techniques nous imposent d'agir de la sorte.

La parole est à M. Sahli.

M. Sahli (PS). – Permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de vous remercier, au nom du groupe socialiste, pour votre disponibilité ce jour et pour le travail réalisé sur le terrain, plus particulièrement ces derniers mois. On comprend tout à fait que le sujet est primordial et qu'il faut le traiter en se basant sur votre expertise.

Je vous rassure, l'ensemble des familles politiques présentes au sein de cette honorable assemblée ont fait de la question de la santé mentale un sujet d'importance, à commencer par Mme la Ministre au travers des moyens qu'elle a mis au nom du Gouvernement sur la table pour apporter une réponse à l'urgence. Cela constitue une preuve de l'intérêt de Mme la Ministre et de la majorité pour cette question. La santé mentale est un réel enjeu.

Je suis père de famille et j'ai des enfants qui veulent rencontrer leurs amis et leurs collègues de travail. Aujourd'hui, c'est une souffrance qui touche beaucoup de jeunes et beaucoup de citoyens.

Les questions que je vais poser vont s'adresser à tout le monde et je ne vais pas toutes les poser.

Pour aller dans le sens de Mme van Leuven, elle a parlé tout à l'heure d'un certain nombre d'institutions, de partenariats et de la transversalité. Je suis tout à fait d'accord sur le fait qu'il faut renforcer les partenariats.

Vous avez parlé des institutions, des associations d'éducation permanente, des AMO et des CPAS. Une institution importante à laquelle vous n'avez pas fait allusion, c'est la famille. Quel est le rôle de la famille dans tout ce schéma institutionnel ? Pouvez-vous nous apporter un éclaircissement sur le sujet ?

Pour revenir sur la question de l'accessibilité financière du suivi psychologique, qui est souvent évoquée comme un frein par un certain nombre de personnes, il me plaît de rappeler que plusieurs possibilités existent afin d'assurer la gratuité d'un nombre limité de séances afin d'offrir des consultations à des prix plus ou moins raisonnables dans les services de santé mentale agréés en Wallonie, comme cela a été rappelé lors des travaux de notre commission.

Comment, en tant qu'acteurs de terrain, envisagez-vous cette question de l'accessibilité financière ? Je ne partage pas complètement le point de vue de Mme Lekane, mais au moins un : c'est une question importante à vous poser. La gratuité pour tous les soins est-elle une piste à creuser ou, au contraire, au regard du projet et du chemin thérapeutique, conserver une participation du patient aux soins est-il justifié et nécessaire ?

Je souhaiterais aussi revenir sur le sujet de l'approche genrée. Tout à l'heure, vous avez fait référence à cette question qui est évoquée parmi les propositions. Cette approche ne fait-elle déjà pas partie des approches que vous avez dans vos métiers et dans les actions mises en place ? Pensez-vous qu'il faille renforcer spécifiquement ce point pour que la prévention du suicide soit au final la même pour les hommes et les femmes ? Avez-vous quelques données statistiques pour renforcer ce point de vue ?

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – Je vais directement aller aux questions sans avoir de propos d'ordre général et j'attendrai les autres interventions.

Mme van Leuven a mis le débat là où il fallait. Dans un premier temps, Mme van Leuven a parlé de la santé mentale et de la réponse globale qu'il faut donner à cette problématique de santé mentale.

Madame van Leuven, vous avez expliqué que la lasagne institutionnelle belge ne permettait pas d'y répondre. Je pense que c'est le cas dans tous les pays. Dans très peu de pays, il y a un seul ministre qui s'occupe de tout : des jeunes, des vieux, de la santé, de l'école, d'autres choses. Le mal wallon, c'est de ne pas essayer de trouver des solutions à cette réponse globale.

Dans la Déclaration de politique régionale, il y a un début de réponse. On peut dire malheureusement ou heureusement grâce à la crise. En tout cas, il y a des choses qui pourront peut-être avancer et avancer certainement plus vite.

Cette réponse, c'est le principe de territorialiser les soins et d'avoir cette réponse globale en termes de première ligne. Quand on parle des acteurs de première ligne. Quand on parle des acteurs de première ligne, la santé mentale doit y être.

Vous avez parlé des comités de réseaux avec la réforme 107. C'est vers cela qu'il faut aller pour avoir une réponse globale, mais de l'ouvrir au-delà des médecins généralistes, des psychologues, des services de santé mentale, à toute la société. Il y a aussi tout l'aspect social. Vous avez expliqué toutes les difficultés sociales qui peuvent être liées à la santé mentale. Parfois, on est sur des thérapies longues parce que l'on n'a pas droit au CPAS ou à avoir accès à des soins.

Quand vous dites que la réponse doit être globale, il faut absolument que tous les acteurs puissent se rassembler autour de ce principe de réseautage et cela ne peut être fait que sur un territoire bien déterminé. C'est peut-être un terme à la mode, mais abattons les barrières de : « Je travaille avec les jeunes, je travaille avec des personnes âgées, je travaille avec des personnes ayant des difficultés en santé mentale ». Abattons tout cela et faisons travailler les personnes ensemble.

Je vois deux notes d'espoir sur lesquelles on peut avancer. Il y a l'accord de coopération de décembre 2020 entre l'État fédéral et les Régions pour réfléchir au fonctionnement de la santé mentale de manière large. En Wallonie, il est plus que nécessaire de faire ce travail. Il y a les assises de la première ligne, qui auraient dû être lancées et qui, malheureusement, à cause de la crise, sont un peu reportées, dans lesquelles il faut que vous ayez votre place. Il faut que vous soyez là pour essayer de réfléchir à ce réseautage.

Aujourd'hui, en termes thérapeutiques, pour rencontrer les gens, vous êtes déjà surchargés. Il faut que vous ayez une exigence : avoir du temps pour ce réseautage et cela doit être compris dans votre temps de travail. Il va falloir y réfléchir et il faut que vous veniez avec des propositions et des solutions par rapport à cela.

Je retiens votre dernière phrase : « Ne pas isoler la santé mentale de tout le reste de la société ».

M. le Président. – La parole est à Mme Nikolic.

Mme Nikolic (MR). – Je vais orienter plus spécifiquement mes questions vers Mme van Leuven.

On est tous d'accord pour dire que la crise a montré l'impact des décisions en matière de santé mentale, comme Mme Lambert le disait tout à l'heure, mais elle a aussi permis de mettre la santé mentale au centre des préoccupations. On a souvent entendu – et je ne vise pas par là spécifiquement des intervenantes d'aujourd'hui – que cela a été compétence malmenée. Cela a souvent été une compétence moins considérée globalement. Reconnaissons que, dans tout le malheur que nous a amené cette crise, un point positif, c'est que maintenant la santé mentale est revenue au centre des préoccupations. On peut tous dire de manière transversale, puisque cela transcende les partis politiques, que ce n'est pas conjoncturel et que l'on aura une vision de long terme. C'est pour cela que l'on en discute aujourd'hui. Au-delà de la prise en considération de cette résolution, nos débats sont nombreux et le demeureront.

J'ai parlé de prise de conscience conjoncturelle et de mesures conjoncturelles. Il y en a qui ont été prises au niveau de la Wallonie. Je pense au renfort des lignes d'écoute, au fait de s'adresser plus spécifiquement à certains publics cibles, notamment les indépendants, aux équipes mobiles d'urgence déployées dans les maisons de repos avec une dimension de soutien psychologique, à toute une série de moyens financiers pris dans l'urgence vers une série d'acteurs et de structures dont on pourra discuter de l'éventuelle pérennisation.

J'ai souvent lu et entendu des experts dire que la Wallonie a fait sa part et peut-être plus que d'autres régions. Je ne vous demanderai pas de faire le comparatif avec d'autres régions, mais j'aurais aimé vous entendre sur votre évaluation de mesures et initiatives prises par le Gouvernement wallon dans le cadre de la crise. Ont-elles été suffisantes ? Ont-elles été correctement et suffisamment orientées pour apporter un soutien adéquat aux personnes les plus en difficulté ? C'est une première question.

Sur le plus long terme, vous avez évoqué la réforme des lits 107. On peut en débattre politiquement des heures. Je crois que vous l'avez dit en filigrane, c'est un peu l'arbre qui cache la forêt.

Vous avez aussi mis, Madame Van Leuven, des points positifs en exergue, notamment la mise en réseau. Je rejoins certaines questions de M. Heyvaert. Je suis plus réservée sur la question des publics cibles, sur le fait de transcender la prise en compte par public cible. J'aurais aimé vous entendre là-dessus. Je crois qu'on s'adresse différemment à certains publics. On a certainement l'occasion d'y revenir plus tard. Mais rien que le choix des mots, il a été évoqué le bien-être concernant la santé mentale tout à l'heure. C'est une

question sur cette approche par public cible : « stop ou encore », et où peut-on placer le curseur ? Je me rends compte que la question est très ouverte.

Je note qu'il faut aller beaucoup plus loin, valoriser et renforcer le rôle des médecins généralistes qui sont en première ligne. Vous avez évoqué leurs difficultés parfois à pouvoir orienter en termes de santé mentale leurs patients. J'aurais aimé que vous précisiez des pistes pour mieux les soutenir et les outiller. Ce sont quelques compléments de questions, et j'écouterai vos réponses à mes collègues également avec beaucoup d'attention.

M. le Président. – La parole est à Mme Van Leuven.

Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage. – Il y a des questions que je vais essayer de regrouper et des questions plus spécifiques.

La question qui est posée par Mme Vandorpe qui est revenue ailleurs concernant la quantification des suicides et des problèmes de santé mentale. C'est un des éléments que l'on a relevés dans le CSS, le Conseil supérieur de la santé dont je fais partie, dans le sous-groupe sur les conséquences psychosociales du Covid. C'est un problème belge qui n'est pas spécifiquement régional, il touche toute la Belgique. C'est la difficulté de quantifier les suicides et les problèmes de santé mentale.

Rien que sur le problème du décrochage scolaire, c'était quasiment impossible d'obtenir des chiffres auprès des PMS. Ils se rendaient compte qu'il y avait plein d'enfants en difficulté, mais c'était très difficile de quantifier.

C'est un problème général le problème de quantification des données relatives à la santé mentale en Belgique. Je pense que c'est une question qu'on voyait au CSS, au Conseil supérieur de la santé, parce que c'est très technique. Cela demande pas mal de coordination au niveau des différentes instances. Je pense que c'est un travail à mettre en chantier. Le Conseil supérieur de la santé est une des instances à laquelle on peut renvoyer cette question.

Je suis entièrement d'accord : ce n'est pas parce que c'est difficile qu'il ne faut pas le faire, bien au contraire. C'est un chantier « hyper » important.

Une autre question a été posée par Mme Lekane sur la gratuité des soins. J'étais contente que cette question survienne, parce que cela fait bientôt huit ans qu'on fonctionne en équipes mobiles et que nos interventions sont entièrement gratuites.

Au départ, cela a posé problème à certains de nos collègues, en disant, parce que c'est gratuit, les gens vont en profiter. Ils vont se rendre compte qu'il y a des

soins de qualité facilement accessibles. En plus, on vient chez les gens, et cetera.

À ma grande surprise, je m'en suis rendu compte assez vite et cela se confirme après huit ans, cela n'arrive pas, ce n'est pas le cas. Ce n'est pas parce qu'on a des interventions gratuites que les gens en profitent et qu'ils refont des demandes.

En équipe de crise, on intervient pour une durée d'un mois. On fait un travail à la fois de présence auprès des personnes, et de réseaux intenses de parfois trois-quatre fois par semaine. C'est très rare que les gens nous rappellent pour une nouvelle intervention, parce que c'est gratuit. Il arrive que les gens nous rappellent, mais c'est parce qu'il y a de nouveau une dégradation de la situation, que le réseau qu'on a mis en place a lâché pour une raison ou une autre, et cetera. Néanmoins, il n'y a pas d'abus de consommation de soins de santé mentale, parce qu'ils sont gratuits.

Il faut savoir que quand les soins sont de qualité, les gens le respectent, ont conscience du fait que c'est un service dont tout le monde doit pouvoir bénéficier, et il n'y a pas d'abus.

Je peux vraiment vous le dire à partir du terrain et sur une durée suffisante. Une question aussi précise de M. Sahli sur la famille. Je suis désolée que vous n'ayez pas entendu cela, mais j'ai insisté justement... C'est vrai qu'on parle toujours de là où l'on travaille, mais en psychiatrie justement, ce qui me désole est que toute la question familiale ne soit pas prise en cause. Une question qui me tient particulièrement à cœur, parce que j'ai été dans ma première partie de vie pédopsychiatre, est la question des enfants de patients qui ont des troubles psychiques graves. C'est une catastrophe parce que ces enfants ne sont absolument pas pris en compte, accueillis et reconnus dans ce qu'ils vivent. Justement, à Manage et dans d'autres lieux, on a développé des projets à ce niveau-là et des espaces spécifiques qui accueillent les enfants, les familles. Moi, à Manage, j'anime régulièrement ce qu'on appelle des « groupes multifamilles » qui rassemblent des patients, des familles et des intervenants. Ce sont des lieux qui sont absolument précieux, dont les gens tirent un bénéfice thérapeutique important, mais qui ne sont absolument pas subsidiés. C'est vraiment des initiatives qu'on fait entièrement sur fonds propres.

La dimension familiale n'est pas valorisée au niveau des soins, que ce soit en psychiatrie ou dans la cellule de santé mentale. Je suis d'accord avec M. Sahli, il faut vraiment insister sur cette dimension-là. Quand je parlais d'un grand plan de santé mentale à repenser, repensons à quelle santé mentale veut-on en Belgique pour le XXI^e siècle ? La question de la famille est au centre. En sachant que les familles, c'est parfois extrêmement réduit, et justement les familles sont parfois très touchées par la dissolution des liens. Je peux vous donner un exemple très précis : une famille

monoparentale, une maman seule avec une petite fille, fait une grosse décompensation psychiatrique, avec délires, hallucinations, et cetera, qui doit être mise en observation, soignée sous contrainte. S'il n'y a pas de famille autour – et c'est quand même régulièrement le cas –, l'enfant est placé. On se rend compte que – comme pédopsychiatre, cela fait quelques décennies que je le constate – les ruptures de liens précoces et les placements à répétition sont parmi les causes problématiques psychiques les plus graves et les plus coûteuses. C'est en fait ce qui provoque ce qu'on appelle des troubles d'attachement, des troubles du lien. Cela fait, quand les personnes deviennent adultes, des personnes qu'on appelle *borderline*. On en trouve énormément, il y a une surreprésentation de ces enfants de parents qui ont des troubles psychiques parmi les personnes SDF, parmi les toxicomanes qui fréquentent les abris de jours, et cetera.

C'est un travail énorme, et on se rend compte encore aujourd'hui qu'il y a un écart énorme entre la perception qu'on peut avoir d'un patient parent comme psychiatre d'adultes et des interventions de l'Aide à la jeunesse, pour qui la psychiatrie est encore malgré tout un problème incompris, et qui mène à des décisions qui ne me semblent pas toujours cohérentes.

Pour reprendre quelque chose qui a été amené, je pense en effet que le travail ensemble est ce qui permet de mettre le mieux en place des dispositifs intéressants. Donc, cela m'arrive régulièrement d'assurer les formations auprès de services d'aide à la jeunesse ou de services de protection de la jeunesse. Le travail ensemble est porteur, mais, malgré tout, je trouve que cela ne suffit pas. Le travail sur le terrain, tous les liens qu'on construit ensemble sur le terrain ne suffisent pas. Regardez ce qu'il s'est passé pendant la première vague : le Service d'aide à la jeunesse travaillait uniquement en distanciel. On a eu des situations vraiment catastrophiques où l'on était sur place, et je ne peux pas vous dire l'une ou l'autre situation apocalyptique que j'ai vue sur place. Comme ce sont des instances de décision différentes, c'était une impossibilité de travailler ensemble. Cela demande vraiment cette articulation entre la santé, l'ONE, le Service d'aide à la jeunesse, et ces structures différentes dont elles dépendent. Il y a un travail transversal au niveau institutionnel à poursuivre.

Pour répondre à la deuxième question de Mme Vandorpe : est-ce que notre travail a changé depuis la crise ? Pas fondamentalement. En tout cas, au niveau de l'hôpital de jour, on a pu continuer à assurer... Comme je vous disais, c'est vraiment une dimension importante des personnes qui ont des troubles psychiatriques identifiés et graves : psychose, bipolarité, et cetera, sont restés en assez bonne santé mentale parce qu'on a pu continuer à assurer du soin et du lien social, et surtout du lien social. C'est paradoxal, mais même quand on a une maladie, qu'elle soit somatique ou qu'elle soit psychiatrique, s'il y a

suffisamment de réseau autour, de lien, de soutien, on peut rester en relative bonne santé mentale. Quelqu'un qui fait une grosse dépression sera plus compliant au traitement, évoluera plus vite, pourvu que l'on ait accès à la famille et qu'on arrive à maintenir un bon fonctionnement familial. Cela rejoint ce que disait M. Sahli. Cette valorisation du travail familial et du travail de réseau est indispensable.

J'ai même trouvé à certains moments de la crise – comme quoi elles ont des effets intéressants – que l'articulation entre les équipes mobiles et l'hôpital était plus efficace, plus rapide. Pourquoi ? Parce qu'il y a eu un moment où les services de mise en observation étaient surchargés, donc il y a eu des sorties plus rapides, des tentatives de libération des patients plus rapides, avec des suivis de l'équipe mobile.

On s'est rendu compte que dans un certain nombre de cas, c'était efficace, et que la volonté du 107 qui était de réduire les hospitalisations, de mieux les cibler et d'améliorer leur qualité de prise en charge, cela fonctionnait dans l'articulation avec l'équipe mobile.

De nouveau, il ne s'agit pas d'opposer l'ambulatoire et l'hospitalier – équipes mobiles et hôpital – mais de mieux articuler. C'est cela qui est porteur. Ce qui n'est jamais porteur est d'amplifier les divisions, de jouer sur les coûts, et cetera. Au contraire, maintenir et soutenir la collaboration est fort porteur.

Il y a un problème sur la question des jeunes. Je reviens à la question de Mme Vandorpe. Ma difficulté est que je trouve que l'on va beaucoup trop vite du côté de la psychiatrie quand on a des tableaux inquiétants, suicidaires, parce que l'on n'a pas d'alternative. C'est soit le suivi en ambulatoire, soit on va du côté de l'hôpital. Il n'y a pas de structures alternatives qui sont un peu des structures répits qui pourraient assurer une protection pendant quelques jours et qui soient du soin, mais pas de la psychiatrie. Cela existe dans d'autres pays, par exemple en Angleterre, au Canada quand il y a des étudiants qui décompensent qui sont à risque suicidaire. Il y a des lieux un peu comme un bon service de soins étudiants, mais qui assurerait une prise en charge pendant trois-quatre jours dans un lieu résidentiel.

Je pense que c'est justement ce genre de dispositifs. Quand on parle de santé mentale, c'est penser des structures qui sont moins psychiatisantes, un peu plus légères. Je peux vous donner un équivalent. Par exemple, en psychiatrie adulte, je m'occupe d'un hôpital de jour, mais je pense qu'un certain nombre de patients pourraient aller en centre de jour, s'il existait des centres de jour qui assurent du soin un peu plus *light*, mais moins psychiatriques. Je trouve que c'est un volet à ouvrir, les structures alternatives où il y aurait du soin, des infirmiers, un médecin, et cetera, mais un peu plus contenante.

J'en viens à la question de Mme Greoli sur la pérennisation. Quand je disais que les services de santé mentale étaient déjà surchargés avant la crise, c'est parce que leur « staffage » n'a pas suivi l'évolution de la démographie, la dépsychiatisation, la question de soutenir les personnes dans la ville, et cetera. Il y a eu un décalage croissant entre les besoins de la population et le « staffage » des services de santé mentale. À mon avis, c'est tout le système de soins qu'il faut renforcer.

Au niveau de l'évolution des problématiques de santé mentale, si vous cherchez la définition de la santé mentale de l'OMS, vous allez voir qu'il y a une corrélation entre les inégalités sociales et les problèmes de santé mentale. Il n'y a rien à faire. Si l'on veut diminuer les problèmes de santé mentale, il faut travailler sur la question des inégalités sociales.

Une des choses qui me touche est parfois à quel point les personnes qui sont vraiment en difficulté sociale peuvent être maltraitées par certains systèmes de contrôle, et cetera.

Je vais peut-être jeter un pavé dans la mare, parce que ce n'était pas dans le projet de gouvernement, c'est la question de la cohabitation. Je suis étonnée parfois quand je vois sur certaines patientes surtout les effets des contrôles, des sanctions. Je pense à une patiente qui est sanctionnée deux mois par sa mutuelle, parce que sa fille adolescente n'était pas là quand la police est venue faire une vérification de domicile, et la fille n'a pas voulu se présenter au commissariat, et cetera, donc sanction de deux mois.

Pour cette femme, perdre deux mois de mutuelle, c'est une catastrophe qui provoque des dégâts en chaîne. Je vais dire comme Céline Niwanuit, de temps en temps, ne pas proposer des solutions en amont provoque des conséquences beaucoup plus graves et plus lourdes financièrement et pour la santé mentale des gens à gérer.

Quand quelqu'un est expulsé de son domicile, qu'il se retrouve en centre d'hébergement, c'est beaucoup plus coûteux que si on a évité que cette personne soit éjectée de son domicile. Il y a des questions sociales sur la question de la cohabitation, des locations, et cetera, sur lesquelles il faut pouvoir travailler.

Je soutiens aussi Mme Greoli sur la question de l'implication des jeunes. Je pense que l'une des grosses sources de souffrance des jeunes a été de les avoir mis sous cloche. Il y a eu aussi une grosse pression scolaire. Dans mon entourage, j'ai vraiment vu des jeunes aller très mal à cause de la pression scolaire. On a parlé de génération sacrifiée, c'est un horreur. Quand vous êtes jeunes, que l'on vous dit que vous êtes une génération sacrifiée et que les professeurs – et l'on peut les comprendre – sont pris dans cette angoisse-là, c'est extrêmement compliqué.

Que ce soit en secondaire, dans l'enseignement supérieur, les formations en alternance, et cetera, ce sont les jeunes les plus fragiles au niveau financier qui ont été sanctionnés. Cette crise a exacerbé les inégalités sociales et cela risque d'avoir des effets sur du long terme parce que les étudiants qui ont pu tenir le coup sont ceux qui ont été aidés par leurs parents.

Que fait-on de tout cela ? J'ai entièrement soutenu cette carte blanche qui disait de ne pas mettre de pression sur les évaluations scolaires de cette année. La première chose à faire est de recréer du groupe, de réintégrer les jeunes, de faire intervenir le culturel dans l'école, c'est important de redonner sa place au culturel. En cela, je rejoins Madame Greoli sur la désaffiliation sociale et démocratique. Quels sont les lieux d'échange pour les citoyens, notamment afin que les personnes vivant dans certains quartiers puissent s'exprimer et remonter l'information ? Tout cela se produit dans l'éducation permanente et, paradoxalement, toute une partie a été mise en distanciel, voire à l'arrêt depuis le début de la crise.

Pour moi, c'est une catastrophe parce que c'est justement l'une des instances – à côté des instances tierces, les mutuelles, les syndicats – intermédiaires qui permettent de faire remonter la parole des gens. C'est toute la question de l'exercice des droits culturels dans une démocratie qui concerne votre question, Madame Greoli. Je pense à un philosophe qui a travaillé là-dessus et qui serait peut-être intéressant à écouter sur ce point-là : Luc Carton, qui était dans la culture à la communauté française et qui a aussi prononcé un discours mémorable sur les marches de la Monnaie il y a quelques jours.

C'est vraiment lié à votre question sur la désaffiliation sociale et démocratique vis-à-vis de la culture et cela dépasse la santé mentale, même si cela y tient également.

Je voulais juste dire à Mme Nikolic que j'ai oublié de le souligner et je suis tellement d'accord avec cela, je trouve que la Région wallonne a réagi très rapidement et mis en place des mesures efficaces dont on a mesuré l'impact au niveau de la santé mentale. Je voulais donc vous remercier et terminer là-dessus. Je trouve que votre Région a vraiment été d'une efficacité remarquable et a saisi beaucoup plus vite que les autres l'importance des enjeux en santé mentale. Je vous remercie.

M. le Président. – Dire que j'ai failli vous interrompre avant que vous n'interveniez sur ce point. Je m'en serais voulu éternellement.

Je vais demander aux commissaires, en espérant ne pas les frustrer, de bien vouloir céder la place aux autres intervenants et avancer dans nos travaux, de sorte que l'on puisse aussi, le cas échéant, leur poser quelques questions. Seriez-vous disponible si un commissaire ou l'autre voulait entamer une démarche plus directe vers

vous et vous solliciter ? Seriez-vous disposée à leur répondre s'ils avaient des questions par écrit ou sous autre forme ?

Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage. – Bien sûr.

M. le Président. – Merci beaucoup à vous.

Je propose que nous entendions les intervenants suivants.

Madame van Leuven, si vous êtes coupée pour des raisons techniques, vous pouvez continuer à nous suivre sur YouTube.

Mme van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage. – Je vous suis sur YouTube dans ce cas.

Exposé de M. Thirion et Mme Ringlet, Administrateur délégué et Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse »

M. le Président. – La parole est à Mme Ringlet.

Mme Ringlet, Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse ». – Je vous remercie pour votre invitation et de prendre la peine de nous écouter aussi longuement sur tout ce que nous avons à vous dire sur ce sujet qui nous touche tout particulièrement.

Je vais procéder un peu différemment et je vais vous présenter notre ASBL « Un pass dans l'impasse ».

Au départ, la première initiative, c'était un centre de prévention du suicide qui s'est développé progressivement. À ce niveau, je vais resituer un peu. Dans la présentation, je vais aussi amener des réponses à différentes questions que j'ai déjà entendues.

Nous travaillons sur la thématique du suicide et nous avons mis des choses en place il y a quelques années. Je vais vous expliquer comment nous fonctionnons.

Les objectifs de « Un pass dans l'impasse » sont en premier lieu la prévention du suicide et également l'amélioration de la santé mentale en général. C'est une ASBL qui reprend quatre services :

- en 2008, il y a eu la création du centre de prévention du suicide et d'accompagnement sur le territoire wallon ;
- en 2013, il y a eu la reconnaissance de « Un pass dans l'impasse » comme centre de référence spécifique suicide, comme le disait Mme Lambert tout à l'heure ;

- en 2019, un centre de prévention du suicide et de promotion de la santé en milieu carcéral sur le territoire wallon et sur les 15 prisons wallonnes ;
- en 2021, un dispositif de soutien pour les indépendants en détresse sur le territoire belge. Ce service est né à cause de la pandémie que nous vivons avec la mise en place d'actions très spécifiques sur le terrain et avec des publics cibles.

Je vais commencer par le centre de prévention du suicide et d'accompagnement. Nos missions sont d'apporter un soutien psychologique à toute personne confrontée de près ou de loin à la problématique du suicide. Il y a une pluralité dans les équipes. Notre objectif est de rester accessibles sur base d'un prix assez démocratique ainsi que d'être accessibles sur le territoire wallon puisque nous travaillons sur différentes antennes. La rapidité d'intervention est aussi un de nos objectifs puisqu'on reçoit dans la semaine qui suit la demande. Il y a également une expertise puisque la majorité d'entre nous sommes présents depuis le début et nous avons développé cette expertise au fil des années. Les consultations se font sur huit sites en Wallonie. On assure un suivi psychologique de crise suicidaire. On propose également un accompagnement. On parle beaucoup des enjeux d'impliquer la famille. On se rend compte aussi qu'une grande partie des personnes suicidaires ne souhaitent pas venir en entretien. On accompagne leurs proches et leur entourage pour éviter que l'entourage soit trop en difficulté et tombe dans la même spirale que la personne suicidaire. On accompagne également toutes les personnes qui ont vécu un deuil après suicide, quel que soit l'âge, à partir de deux ans et demi. On reçoit donc des enfants aussi. On propose également un soutien psychosocial puisqu'on a un assistant social dans l'équipe. On s'est rendu compte aussi au fil de temps que certains suivis psychologiques de crise ne savaient pas vraiment démarrer à partir du moment où il y a de grosses difficultés psychosociales qui empêchent la personne de penser et de faire appel à son intellect puisque parfois ce sont des problèmes avec des besoins primaires qui sont touchés.

Il y a un seul numéro, quel que soit le site de consultation, et un accueil téléphonique. La personne est entendue une première fois et il y a une analyse de la demande. En fonction de son souhait, on l'oriente vers un des sites de consultation. Nous ne sommes pas ouverts le week-end : samedi et dimanche, on ne reçoit pas.

Le deuxième axe sur lequel on travaille beaucoup, ce sont les formations et les sensibilisations en prévention du suicide, que ce soit pour le tout public, mais également pour les professionnels du secteur psycho-médico-social. On a créé un catalogue de formations, avec des formations très spécifiques parfois, en tout cas avec des publics spécifiques. On donne des formations, par exemple, par rapport aux adolescents,

par rapport aux conduites de rupture, aux conduites à risque, aux automutilations, scarifications. Aussi, par rapport aux personnes plus âgées, la thématique du suicide est abordée différemment et sous un autre axe, avec les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées.

Pour vous donner une idée des chiffres – mais je ne crois pas que c'est l'objet ici – aujourd'hui, chez Un pass dans l'impasse, depuis qu'il existe, on a des appels téléphoniques, beaucoup. Pendant la pandémie, cela s'est démultiplié, si je puis dire. on a vu qu'il y avait – je regarde mon collègue – 2 000 appels supplémentaires à la suite de la pandémie et à l'anxiété des personnes. Ce n'est pas que pour des rendez-vous, forcément, alors que, au départ, c'est un accueil pour proposer des consultations, mais, là, c'est parti un peu dans tous les sens. On a plus ou moins 4 000 patients, 33 360 consultations. Les chiffres s'arrêtent en 2020. Les professionnels formés, il y en a presque 3 000 ; les professionnels sensibilisés, 2 500. C'est pour vous donner une petite idée, ce n'est pas l'objet ici.

Au niveau des suivis psychologiques, concernant les motifs, je crois que c'est quand même important que vous le sachiez, en moyenne il y a trois patients sur quatre qui bénéficient de suivi psychologique au sein de notre ASBL pour des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide. Cela représente quand même une grande partie de la population que l'on reçoit.

En termes d'âge, donc des tranches d'âges que l'on rencontre : plus d'un patient sur quatre a entre 15 et 24 ans. Or, on sait qu'il y a des freins – on les a cités, et j'en reparlerai –, mais c'est vrai que l'on remarque quand même qu'il y a une grande partie de la population, des jeunes de 15 à 24 ans, qui viennent dans nos services.

On a une particularité, c'est que l'on accepte qu'un jeune vienne accompagné, vienne avec un ami ou vienne avec un autre professionnel de la santé, parfois quelqu'un du PMS. On est très ouverts par rapport à cela pour permettre du lien entre les différents intervenants et surtout pour pouvoir assurer aussi une toile autour du jeune, si vous voulez.

On travaille évidemment aussi dans l'objectif – on ne le fait pas d'emblée – d'intégrer la famille de ce jeune au suivi ou en tout cas à la problématique qui l'amène chez nous.

Il y a une particularité dans notre manière d'intervenir, dans notre manière d'amener la population à venir chez nous : c'est que l'on se veut assez proactifs, puisque l'un des freins – on le sait, on l'a souligné quelques fois –, c'est que les personnes qui se sentent mal, au point même d'imaginer que la mort est la seule solution pour eux à ce moment-là, ont d'abord une difficulté à aller pousser la porte d'un service où l'on dit : « On va faire du soin psychologique ». Ils se disent

« Je ne suis pas fou, moi ». On est encore trop souvent, malheureusement, dans cette idée. La stigmatisation des soins psychologiques, et psychiatriques n'en parlons même pas, est énorme.

On s'est dit : « Il faut que l'on aille en avant ». On sait aussi, au niveau des chiffres, qu'il y a deux tiers d'hommes qui meurent par suicide pour un tiers de femmes. Les hommes meurent plus par suicide que les femmes. Or, on a deux tiers de femmes qui consultent pour un tiers d'hommes, ce qui est paradoxal, sauf que l'on se rend compte que les soins qui sont proposés à l'heure actuelle ne sont pas nécessairement adaptés aux codes de masculinité. Donc, un homme va avoir des codes qui sont la fierté, en se disant qu'il doit s'en sortir seul, un homme va trouver la solution dans l'action, dans le passage à l'acte, alors qu'une femme va plus – je ne dis pas qu'un homme ne réfléchit pas, ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit.

En tout cas, une femme va avoir tendance à échanger, à aller vers l'autre pour parler de son problème, pour trouver des solutions.

Je fais une petite parenthèse un peu rigolote. Vous mettez une femme ou un homme dans un Brico. Quand on arrive pour chercher quelque chose, ce n'est pas toujours sûr que l'homme va ressortir le premier du Brico avec ce qu'il lui fallait, parce qu'une femme va aller demander tout de suite, qu'un homme va aller dans les rayons et chercher.

C'est la même chose pour les soins. Ce que je veux dire par là, c'est que la manière de fonctionner au masculin et au féminin, puisqu'il y a des hommes qui fonctionnent au féminin et des femmes au masculin, la manière de fonctionner est très différente. Il y a une question genrée vraiment. C'est un frein pour en tout cas l'accompagnement psychologique chez les hommes. Ils vont pousser la porte beaucoup moins vite.

J'en reviens à ma présentation. Notre objectif, c'est d'être proactif. On s'est dit qu'on allait travailler avec les services d'urgence des hôpitaux généraux, où il y a un nombre quand même important de passages de personnes qui ont fait un passage à l'acte suicidaire. Avec l'accord de la personne à qui on va faire les premiers soins, si cette personne n'est pas prise en charge au sein de l'hôpital ou par une structure présente, on s'engage, à travers une convention, à recontacter cette personne dans les 72 heures maximum après le passage à l'acte, avec son accord, bien entendu, pour pouvoir avoir déjà une discussion avec elle après sa sortie de l'hôpital, savoir un peu où elle se situe, comment elle se sent et proposer des soins et l'orienter du coup beaucoup plus rapidement vers une structure qui est proche de chez elle et accessible, alors que parfois, comme vous le disiez, c'est très compliqué de s'y retrouver, c'est le deuxième frein, en termes d'offres de soins.

On a des conventions avec 16 hôpitaux sur toute la Wallonie. Là, cela fonctionne assez bien en termes de proactivité où on va vers les patients, notamment vers les hommes qui auraient fait un passage à l'acte.

On a le même procédé avec les zones de police. Il y a 24 zones de police avec lesquelles on travaille, avec lesquelles on a des conventions. On travaille plus particulièrement avec les services d'assistance policière aux victimes qui sont appelés parfois quand il y a eu un passage à l'acte suicidaire, mais qui ne nécessitent pas un passage aux urgences. Là, on est appelé par ces personnes ou alors quand malheureusement un suicide a eu lieu. On peut du coup rappeler les personnes quand il y a eu un décès et on peut soutenir et accompagner les enfants quand il y a eu un deuil après suicide, voire des traumatismes parfois.

Là, c'est le côté proactif.

On a beaucoup entendu parler des réseaux aussi. On participe, tant que faire ce peut, parce que c'est vrai qu'il faut du temps, cela demande du temps, dans les différents réseaux de soins en Wallonie. On est dans huit réseaux. Chaque psychologue qui va sur son antenne essaie d'intégrer vraiment les réseaux de l'endroit du lieu de consultation pour pouvoir travailler avec les autres acteurs de terrain.

J'en arrive au centre de référence spécifique suicide. Ici, la mission est différente, c'est fournir un appui aux acteurs du secteur psychomédicosocial. C'est une structure forcément qui a développé son expertise dans la thématique du suicide. L'objectif, c'est un soutien professionnel à travers des formations, à travers la transmission d'études, de publications en lien avec le suicide. Ce service peut également répondre à des questions, même en termes d'orientation, quand il y a besoin, améliorer les connaissances en matière de suicidologie en Région wallonne, en collectant des données scientifiques, mais pas que, aussi en se référant aux pratiques des différents professionnels de terrain. Il y a eu des réunions de concertation qui ont eu lieu sur les différents bassins de soins ou dans les différentes régions, pour faire un peu un parcours de prise en charge d'une personne suicidaire quand elle arrive par différentes portes d'entrée de savoir ce qui est fait avec cette personne et où elle est orientée, comment cela se passe pour elle. C'était vraiment important.

À partir de là, on a mis en place des répertoires, ce n'était pas rien, parce qu'il faut continuer à mettre à jour ces répertoires. C'était en fait pour aider les gens à savoir à qui s'adresser, avec des clés d'entrée différentes. Selon l'urgence, la demande d'intervention rapide, que ce soit en hospitalier, que ce soit en ambulatoire, que ce soit juste une écoute, il y a différentes manières d'entendre une demande. Nous avons donc établi une cartographie reprenant 646 lieux de prise en charge, on peut le retrouver sur le site du CRePS, info-suicide.be. L'objectif de ce service est aussi de diffuser les

informations via les réseaux sociaux puisque les jeunes comme les moins jeunes peuvent facilement être touchés à travers les réseaux sociaux, mais aussi à travers des newsletters qui sont régulièrement diffusées. Il faut savoir également que toutes ces informations récoltées par le Centre de référence nous permettent, dans nos actions de terrain, à améliorer nos pratiques.

L'un des autres points de travail du Centre de référence est de limiter l'accès aux moyens utilisés par les Wallons pour se suicider. Le premier projet concernait les *hotspots*, qui sont des endroits considérés comme dangereux et qui sont malheureusement souvent véhiculés par la presse. Lorsque l'on dit : « Il y a encore eu un suicide à tel endroit », il y a des *hotspots*, et il y a des gens qui intègrent très bien cette idée en se disant : « OK, j'irai à cet endroit pour me suicider, mon suicide aboutira à cet endroit ». Il faut donc pouvoir identifier ces lieux de *hotspots* et les sécuriser en déterminant la manière de les sécuriser. C'est un projet qui est en cours.

Il y a également un projet « Médicaments » puisque l'on sait que les médicaments sont, après la pendaison, le moyen le plus utilisé par les femmes pour mettre fin à leurs jours. Notre ambition est de créer un guide de bonnes pratiques à destination des milieux qui disposent d'accès facile aux médicaments, on pense aux pharmaciens, aux médecins, tous ces lieux où il y aurait une facilité d'accès aux médicaments. Notre but est vraiment de créer un guide de bonnes pratiques à ce niveau-là. La mise en place également d'une bonne collaboration avec les professionnels de la santé comme les généralistes, mais aussi les pharmaciens.

Le projet « Armes à feu » a pour objectif, une fois de plus, de sensibiliser les milieux à risque puisque l'on sait que les armes à feu sont, après la pendaison, le moyen le plus utilisé par les hommes pour mettre fin à leurs jours. Il y a donc tout un travail à faire puisque l'on s'est rendu compte qu'il y avait encore beaucoup d'armes à feu au domicile des personnes. Il y a des professions plus touchées, il y a des régions plus touchées où il y a plus de chasseurs, où il y a plus de gens qui font du tir, et cetera. Il faut donc réellement sensibiliser au danger de posséder une arme à feu à la maison.

Un autre projet consiste à sensibiliser la population wallonne sur la thématique du suicide. Un gros projet vraiment novateur, en tout cas en Belgique, est le projet Sentinelle en prévention du suicide. C'est un projet que l'on peut décliner, il faut être proactif, il faut aller vers les gens. À plusieurs reprises, dans la résolution qui était proposée, il était question de responsabiliser les personnes par rapport à leurs soins. Justement, on se rend compte ici qu'il y a certains profils de personnes qui ne sont pas à même de faire appel elles-mêmes, qui ne savent pas à qui s'adresser et qui ne savent pas demander de l'aide. Je pense également aux hommes pour qui ce n'est pas du tout un moyen qui répond à leur manière de fonctionner. L'objectif serait de sensibiliser des sentinelles – « sentinelle » signifie population tout-

venant – dans des milieux, écoles, entreprises, et cetera, pour avoir des outils qui pourraient détecter quelqu'un en mal-être et qui pourrait penser au suicide afin de savoir comment s'adresser à elle. Ces personnes pourraient remplir une fiche et déclencher une alerte qui arrive chez nous, et dès que l'on a cette alerte, on reprend contact, de nouveau, de manière proactive avec cette personne en mal-être afin de lui proposer une aide et lui proposer peut-être un suivi psychologique, si elle l'accepte. C'est tout l'art de déstigmatiser les soins psy, et l'orienter vers des psys de première ligne ou des psys formés à la prévention du suicide et à la thématique du suicide. La personne est redirigée et ne doit pas chercher elle-même où elle va s'adresser. On le fait pour elle.

Avec la pandémie, c'est un projet qui s'est mis en place en 2020, mais, avec la pandémie, on a dû postposer nos formations, sensibilisations. On les a maintenant adaptées à distance. Il y a 90 psychologues formés au niveau de la Wallonie et 115 sentinelles formées. On commence à avoir des alertes et l'on peut orienter des personnes qui ont le souhait d'être prises en charge. Vous voyez qu'il y a un peu plus d'inscrits, puisque l'on a encore des inscrits pour l'instant. Ces formations vont être données dans les prochains jours.

On a aussi parlé du projet de médiatisation responsable avec les journalistes. C'est quelque chose que l'on fait déjà depuis pas mal de temps. On a rencontré la secrétaire générale de l'Association des journalistes professionnels. Le but est – on a écrit des cartes blanches suite à certaines publications – de sensibiliser les journalistes surtout à l'impact qu'ils ont auprès du public sur comment ils communiquent sur le suicide : mettre des images, des photos de jeunes qui se sont suicidés ou donner des causes au suicide, alors que l'on sait que c'est multifactoriel est très dangereux. En termes d'impact sur la famille qui est en deuil et qui doit le supporter, c'est aussi très dur. On veut vraiment les sensibiliser. On a déjà écrit des recommandations de bonnes pratiques à ce niveau pour les journalistes francophones, avec les attitudes à éviter, à privilégier, et cetera.

Notre but est également de pouvoir transmettre aux médias des numéros de téléphone, et que, quand ils communiquent sur un suicide, ils ne parlent pas que de ce qui ne va pas, mais aussi fassent passer le message de ne pas en arriver là et qu'il y a des services pour aider ; des choses qui peuvent se mettre en place en donnant des numéros, ce pour que les gens sachent à qui s'adresser.

M. le Président. – Je reprécise que le support est d'ores et déjà disponible sur la plateforme.

La parole est à M. Thirion.

M. Thirion, Administrateur délégué du centre de prévention du suicide et d'accompagnement "Un pass dans l'impasse". – Par rapport aux données chiffrées, il

y a déjà des infirmations qui ont été communiquées. Je l'ai entendu, il y a une volonté d'avoir un *monitoring* à ce sujet.

C'est important de préciser que les données à valider scientifiquement, il faut compter environ trois ans pour les avoir. La raison est simple : le trajet des certificats de décès n'est pas simple, il prend du temps. À partir du moment où une personne est décédée, la famille doit aller remettre le certificat de décès à l'administration communale, qui doit aussi transmettre le certificat de décès. Puis d'autres administrations interviennent : l'AViQ, l'administration fédérale.

Il faut savoir, renseignements pris, qu'il y a un pourcentage énorme de certificats mal complétés par les médecins. Cela demande de retourner chaque fois soit vers le médecin, soit vers le parquet, soit vers l'administration communale pour avoir des renseignements complémentaires. Il faut compter environ trois ans pour avoir des données valides.

On a les données 2017 et l'IWEPS devrait nous transmettre les données 2018 dans le courant du mois prochain.

Les parquets peuvent aussi nous donner des données. Il est de nouveau difficile d'avoir des données objectives, parce que les parquets fonctionnent un peu différemment. Ils utilisent une notice 31 qui ne permet pas de distinguer si c'est un suicide ou une tentative de suicide. Par rapport à cela, il faut solliciter le service d'appui du ministère public. Il analyse les informations enregistrées dans la banque de données par le Collège des procureurs généraux.

À ce stade, on a des données 2018-2020. Il faut aussi savoir que, par rapport au parquet, ce sont des données uniquement par rapport aux personnes majeures.

J'ai entendu que l'on veut avoir des tendances. Au niveau des tendances du parquet, on peut remarquer qu'en 2020, on ne voit pas d'augmentation des données de décès par suicide à ce niveau. Au niveau des tentatives, il y en a un petit peu plus qu'en 2018. Mais par exemple, il y en a moins qu'en 2019. On ne peut pas se dire que la crise, sur base des affaires enregistrées au sein des parquets, montre une augmentation des suicides ou des tentatives de suicide.

Je vais aborder maintenant la question de la problématique en milieu carcéral, avec nos centres de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral, dont la mission est d'améliorer la santé globale des personnes détenues par la responsabilisation et l'autonomisation et favoriser la continuité des soins en vue d'une meilleure réinsertion sociale.

On a d'abord fait un état des lieux des 15 prisons pour savoir ce qui est mis en place à l'heure actuelle, les besoins et les manques. C'était la première chose pour envisager des plans d'action. Le projet « Un pass dans

l'impasse » est de collaborer avec un maximum de structures qui interviennent déjà en milieu carcéral.

Ma collègue l'a précisé tout à l'heure, on intervient dans les 15 prisons wallonnes, cela représente environ 4 000 détenus. Au niveau de l'état des lieux, de l'enquête que l'on a réalisée, on a pu collecter 495 témoignages auprès d'anciens détenus, auprès de personnes détenues, auprès du personnel pénitentiaire, auprès des directions des établissements et auprès des acteurs qui interviennent déjà à l'heure actuelle en milieu carcéral.

Une fois que cette collecte des données sera terminée, l'idée est de proposer des plans d'action spécifiques au sein de chaque établissement pénitentiaire parce qu'il faut savoir que 15 établissements égalent 15 modes de fonctionnement totalement différents. Il faut donc proposer quelque chose qui corresponde à la réalité de l'établissement et pas proposer quelque chose de généraliste.

Ces données sont à ce stade analysées par l'Université de Liège, avec Esprit. On va mettre en place des plans d'action. On sait déjà, des premiers retours, que la prévention du suicide est extrêmement importante en milieu carcéral et que très peu de choses sont déjà proposées. Avec notre expertise en prévention du suicide, on compte proposer de nouvelles actions.

Au niveau du dispositif de soutien pour les indépendants en détresse, la mission est de détecter de manière proactive, comme ma collègue le précisait, la détresse psychologique des indépendants. On sait que, suite à la crise, bon nombre d'entre eux ont vu leur entreprise, leur société en difficulté, voire malheureusement s'effondrer. Il fallait donc proposer quelque chose de nouveau, un dispositif préventif et proactif.

Certes, la crise a certainement accéléré, malheureusement, pour ce public, des problèmes chez eux, mais il faut savoir que bien avant la crise les indépendants n'allaient pas spécialement bien non plus. Quand on regarde les données statistiques, la moyenne 2010-2017 montre qu'il y avait un suicide tous les cinq jours en Wallonie chez un indépendant. C'est donc une réalité.

La crise covid santé mentale est pour toute la population. Les indépendants constituent malheureusement un groupe particulièrement à risque. Par rapport à cela, on a fait une proposition à Mme Morreale qui l'a acceptée très rapidement, c'est de pouvoir proposer un dispositif préventif et proactif pour ce public cible. Nous collaborons en fait avec APESA France, c'est un dispositif français qui existe depuis 2013, qui a été testé et validé scientifiquement. C'est un modèle que l'on reproduit en Wallonie depuis le 15 juillet.

Ce dispositif étant novateur pour toute la Belgique, on a été contacté par le Fédéral début de cette année-ci

pour étendre ce projet sur l'ensemble du territoire belge. Depuis quelques semaines maintenant, on a étendu le dispositif sur Bruxelles et en Flandre.

Quel est le dispositif concrètement ? C'est d'une part une ligne d'écoute avec des professionnels de santé qui vont répondre en français et en néerlandais à la détresse des indépendants. En fonction de leur situation, s'il y a besoin d'un soutien psychologique, à ce moment-là, ils orienteront dans un premier temps vers « Un pass dans l'impasse », avec ses psychologues, où l'on va reprendre de manière proactive un contact dans les 24 heures qui suivent la demande auprès de l'indépendant. On sait bien qu'un indépendant qui ne va pas bien, déjà se dire : « Je ne vais pas bien, je vais faire appel à un psychologue », cela va être très compliqué pour lui ; quelque part il va considérer cela comme un aveu de faiblesse. Je vais plus loin : « Je suis un indépendant. Je ne vais pas bien. J'ai des idées suicidaires ». Un indépendant va-t-il pousser la porte d'un service de santé mentale ? Peut-être. Va-t-il pousser la porte d'un centre de prévention du suicide ? On sait que cela va être encore plus compliqué. C'est pour cela que l'idée de ce dispositif est de faciliter la démarche d'aide et qu'il y ait un contact proactif auprès de l'indépendant et extrêmement rapide, d'où un délai de traitement de 24 heures.

Un autre dispositif est celui des Sentinelles. Le dispositif Sentinelles proposé ici est de sensibiliser des gens qui ne sont pas du tout des professionnels de santé. Je pense aux avocats, au Tribunal de l'entreprise, à la Caisse d'assurance sociale, à tous ces professionnels qui sont en contact direct avec les indépendants et qui, aujourd'hui, jouent un rôle majeur : on ne leur demande pas de faire le psychologue ou l'assistant social, on leur demande simplement de compléter une fiche alerte et de déclencher l'alerte. L'alerte arrive chez « Un pass dans l'impasse » et dans les 24 heures « Un pass dans l'impasse » reprend contact avec l'indépendant pour ne pas le laisser seul et pour lui proposer un soutien psychologique de proximité.

On a pour l'instant 575 psychologues en Belgique qui ont montré un intérêt par rapport à notre dispositif. Ils veulent collaborer. On a 122 sentinelles spécifiques pour les indépendants qui sont également formées. On a des contacts avec 177 structures en Flandre, 60 sur Bruxelles et 1 100 en Wallonie.

C'est un mode de fonctionnement qui n'existait pas encore à ce stade-ci en Belgique, mais c'est important de changer les mentalités et les modes de fonctionnement. Il faut se mettre à la place des gens et se demander si la personne fera la démarche de venir contacter un professionnel de santé. On sait bien qu'ils ne le feront pas toujours. Dès lors, changeons le mode de fonctionnement. C'est pour cela que « Un pass dans l'impasse », à travers ses différents projets, essaye d'être le plus proactif possible.

*Audition de M. Van Tichelen et Mme Meunier,
Président et Administratrice de la Fédération wallonne
des services de santé mentale (FéWaSSM)*

M. le Président. – La parole est à M. Van Tichelen.

M. Van Tichelen, Président de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM). – Madame la Ministre, Mesdames et Messieurs les Députés, merci d'accueillir la Fédération wallonne des services de santé mentale et d'écouter un peu l'écho que les professionnels de ces services peuvent évoquer avec vous autour de la crise et de la proposition de résolution.

Dans un premier temps, Mme Meunier, qui est administratrice au sein de la FéWaSSM, présentera le service de santé mentale. Dans un deuxième temps, nous aborderons plus particulièrement la question du suicide et de la proposition de résolution.

M. le Président. – La parole est à Mme Meunier.

Mme Meunier, Administratrice de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM). – Bonjour à tous.

La FéWaSSM est une ASBL créée en 2017. Elle regroupe l'ensemble des services de santé mentale wallon. Ces services sont agréés et subventionnés par la Wallonie.

Il y a 65 pouvoirs organisateurs au niveau des services de santé mentale et la fédération en regroupe, à ce jour, 63 sur 65.

La fédération se veut quand même être un interlocuteur privilégié pour promouvoir le secteur des services de santé mentale wallons.

On vous représente ici une carte au niveau de la Wallonie des différents SSM existants. Pour la petite histoire, il faut savoir qu'en principe il y a un SSM par 50 000 habitants. Si l'on voit la Province de Luxembourg, qui est une province plus étendue, les SSM sont moins représentés.

Au niveau de la définition, un service de santé mentale est une structure ambulatoire au plus proche du citoyen. On veut vraiment insister sur le fait que nous avons une expertise pluridisciplinaire en santé mentale depuis près de 50 ans.

Nous avons dans nos services des psychiatres, des pédopsychiatres, des psychologues, des assistants sociaux et d'autres fonctions complémentaires. On veut attirer votre attention sur cette expertise qui existe depuis très longtemps sur le fait de renforcer de l'existant et l'expertise existante plutôt que de créer du nouveau. On tient à insister sur cet aspect qui nous paraît important.

On entend souvent parler de soins de première ligne. On a aussi envie d'insister sur ce point parce que nous nous définissons à plusieurs niveaux, mais aussi en soins de première ligne. Pour quelle raison ? Parce que nous accueillons tout type de demande de la population et, dès que nous recevons ces demandes de la population, nous prenons du temps pour analyser les demandes de ces patients. Cette analyse de la demande permet évidemment une détection directe et précoce des problèmes en santé mentale. Il nous paraît donc aussi important d'insister sur cette définition de soins de première ligne.

Évidemment, nous sommes des soins de deuxième ligne en santé mentale puisque nous proposons des suivis sur le long cours.

Il est important aussi de dire que nous nous considérons en dernière ligne puisque nous restons vraiment un lieu d'ancrage pour des personnes qui resteront fragiles tout au long de leur vie – cela existe – et notamment afin d'éviter des décompensations, des hospitalisations. C'est en ce sens que l'on estime aussi être là en dernière ligne.

On aime bien cette phrase qui dit que « les SSM offrent des soins aussi brefs que possible, mais aussi longtemps que nécessaire ».

Il faut savoir aussi que nous travaillons en réseau. On a beaucoup entendu parler de réseaux depuis tout à l'heure. Ce travail en réseau, il existait bien avant que les nouveaux projets de travail en réseau ont été créés. On a vraiment pour habitude d'articuler le réseau autour de l'utilisateur.

Il faut savoir que, dans nos services de santé mentale, il y a différentes offres de soins. On a des offres généralistes. Comme je vous disais tout à l'heure, ce sont vraiment les réponses à toutes les demandes de tout-venant. Nous avons également différents services de santé mentale qui ont développé des initiatives spécifiques. Cela veut dire des prises en charge un peu plus spécialisées. On vous a listé les initiatives spécifiques qui existaient au sein de nos SSM.

Quelques chiffres de prise en charge dans nos services. Pour 2020, en sachant que nous avons interrogé plus ou moins 80 % de nos SSM, cela ne représente pas des chiffres complets. Il faut savoir aussi qu'en 2020, le premier confinement de mars a tout de même fortement ralenti notre activité ; c'est à prendre en considération aussi dans nos chiffres. On a relevé que l'on prenait en charge 26 800 patients, que l'on considère les nouvelles demandes et les anciens suivis en cours. On réalise plus ou moins 45 800 prestations dans le cadre de ces suivis et on a plus ou moins 492 équivalents temps pleins pour les SSM wallons à l'heure d'aujourd'hui, mais je dirais un peu plus parce que tous les services n'ont pas répondu.

M. Van Tichelen, Président de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM). – Quelques éléments plus cliniques. Si effectivement, aujourd'hui, les chiffres ne montrent pas d'augmentation sensible des suicides, il reste que nous sommes inquiets parce que la situation que nous vivons expose bien une grande partie de la population à un risque suicidaire important. Nous avons donc accueilli vraiment très favorablement cette proposition de résolution qui porte une attention particulière à cette question particulière, spécifique, de la santé mentale.

Pourquoi ? Parce que vous le savez, on l'a dit, la crise a amené une perte de liens sociaux, une solitude qui bien vite se transforme pour les plus fragiles en isolement et on sait combien ce n'est pas tellement la solitude qui pose problème, la solitude est un aspect de la santé. Être capable d'assumer une telle solitude, c'est une position importante dans une existence subjective, mais par contre, quand elle se transforme en isolement, en perte de lien social, elle risque très vite de refermer le sujet sur lui-même, de perte de liens sociaux, de repères et ainsi un effondrement de sens.

L'absence de prévisibilité est aussi un aspect très important. On sait combien les mesures ont été prolongées et puis re prolongées avec des dates éventuellement de levées qui s'annulaient. Aujourd'hui, on sait combien ce manque de prévisibilité a empêché tout un chacun de faire des projets. Or, établir des projets, avoir un minimum de perspectives temporelles nous permet à tous, vous comme moi, de garantir une santé mentale plus ou moins équilibrée.

Rappelons aussi que le suicide n'est vraiment pas une maladie. La situation suicidaire émane d'un contexte de détresse majeure. C'est la seule issue qu'une personne a trouvée pour faire face à un l'insupportabilité d'une situation.

Éliminons aussi rapidement quelques présupposés. Le suicide n'est pas un acte de courage ni de lâcheté, c'est simplement la seule voie qu'une personne trouve.

Il est faux de croire que les personnes qui parlent de suicide ne passent pas à l'acte. Souvent, les personnes qui se sont suicidées en ont parlé à quelqu'un auparavant. Dire qu'il ne faut pas en parler, c'est une erreur majeure. Ce n'est pas parce que l'on en parle que l'on va augmenter le risque, que du contraire. On sait que dans la mesure où l'on permet à une personne d'en parler, ou l'on permet un accueil de cette idée suicidaire, on va diminuer radicalement le risque de passage à l'acte.

Il y a bien sûr un enjeu majeur derrière cela pour l'offre de soin en santé mentale, c'est de la rendre connue. Il faut que tout un chacun connaisse cette offre ; que l'on sache que se rendre chez un psychologue, ou que frapper à la porte d'un service de santé mentale, c'est possible pour tous.

Or, aujourd'hui, une des grandes difficultés rencontrées est que nous sommes tous amenés à faire un tri. Pourquoi ? Parce que l'offre n'est pas suffisante pour permettre un suivi de tous. Nous trions sur une question de revenu. Dès que des personnes ont des revenus suffisants, on les oriente vers le privé, parce que nous n'avons pas les moyens de les recevoir et nous souhaitons accorder une priorité aux personnes qui n'ont pas les moyens d'avoir accès à des soins par ailleurs.

Nous trions également sur la nécessité de soins à plusieurs ou pas. Il y a toute une série de difficultés psychiques ou psychiatriques, de maladies mentales, qui nécessitent un soin à plusieurs. Le fait d'accueillir ces personnes dans une équipe pluridisciplinaire de psychiatre, psychologue, assistant social, l'un à côté de l'autre, dans un même service, permet d'augmenter la capacité de soin et de la rendre plus efficace et pertinente.

Il faut aussi que les soins soient disponibles. Avoir une liste d'attente, mettre des personnes en attente. Au-delà de 15 jours, on augmente le risque de chronification du trouble psychique. C'est quelque chose sur lequel nous insistons très fort. On remercie le Gouvernement wallon d'avoir porté cette attention aux services de santé mentale dans le cadre du plan Get up Wallonia, parce que l'équivalent temps plein en plus que les services ont obtenu a permis dans un premier temps de résorber cette liste d'attente.

Inévitablement, celle-ci se reconstruit très vite et il y a des personnes qui attendent. C'est vrai que pour une série de ces personnes qui appellent, savoir qu'elles seront reçues, cela peut déjà un peu apaiser les choses. Savoir que vous allez être reçu dans quelques jours, cela vient déjà un petit peu apaiser la pression. Savoir que vous serez reçu dans deux mois, cela laisse planer une inquiétude majeure sur « que va-t-il m'arriver d'ici deux mois ? »

Pour nos services de santé mentale, la question du suicide est traitée dès l'accueil. Dès que le patient nous appelle, nous sommes à l'écoute. Nous avons une oreille attentive à cette question-là avec une évaluation du degré d'urgence de l'intervention.

Il n'y a pas que la « suicidalité » qui est un degré d'urgence. Il y a un tas de situations qui sont présentes dans les services de santé mentale et qui nécessitent une intervention rapide. Je pense par exemple à des risques de mise en observation, de danger porté à autrui, et cetera. Toute une série de situations qui peuvent amener une fragilisation importante et une mise en danger de la personne ou de son entourage. La question de la pluridisciplinarité est sûrement une force de nos équipes, et pour des prises en charge complexes.

Aujourd'hui, avec la crise, on remarque une augmentation des demandes. Il n'y a pas une augmentation de 50 %, mais nous notons une

augmentation assez importante qui fluctue suivant qu'on soit en ville ou en campagne.

Nous soutenons très fortement la demande suivante qui est marquée dans la proposition de résolution : avoir une identification claire des services. Aujourd'hui, l'offre est complexe. Pour le citoyen lambda, c'est compliqué de savoir à qui s'adresser en cas de difficulté psychique. Nous insistons pour qu'on rende cette offre plus lisible, pour permettre que l'aiguillage se fasse plus facilement.

Le médecin traitant est sûrement une ressource très précieuse, parce qu'il est en première ligne, au plus proche du patient. Après, je crois qu'il y a quelque chose d'important du côté de la clarification de l'offre de soins.

En ce sens, clarifier pourrait vouloir dire augmenter, renforcer, mais pas créer de nouvelles offres. Le risque est de saupoudrer les moyens que nous avons dans une offre qui devient multiple et encore plus complexe qui rend plus compliquée sa lisibilité.

Exposé de M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'UCLouvain

M. le Président. – La parole est à M. Lorant.

M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). – Monsieur le Président, Madame la Ministre, Mesdames et Messieurs les Députés, c'est un plaisir de me trouver ici ce matin. En préambule, pour notre communauté qui travaille sur les services de santé mentale, le suicide a besoin d'espaces comme celui-ci, et il en manque cruellement en Région wallonne. Nous avons besoin de croiser nos expertises.

Je voudrais d'emblée m'excuser si d'aventure, mes propos pourraient apparaître de temps à autre un peu irrévérencieux. Je suis parti de l'idée qu'un bon débat vaut mieux qu'un bon éloge.

Ma présentation va essayer de répondre à deux questions. Premièrement, y a-t-il un effet de la pandémie sur le risque suicidaire ? Deuxièmement, la Belgique et la Région wallonne ont-elles un problème avec leur stratégie de suicide ?

D'emblée, si vous cessez de m'écouter, rappelez-vous que la réponse à la première question est non, et à la deuxième question est oui.

Si vous voulez bien me laisser introduire un peu le groupe MHSR qui est le groupe à l'origine de tout ce que je vais vous présenter ce matin. C'est un groupe qui cherche à développer une vision de santé publique dans le domaine de la santé mentale, des politiques de la santé mentale et des interventions. Nous travaillons sur les inégalités de santé mentale, la continuité de soins de

santé mentale, l'intégration sociale des usagers de la psychiatrie dans le domaine du marché du travail, les politiques de drogues. Et nous avons décroché récemment un projet européen *respond* pour étudier l'impact de la pandémie sur la santé mentale de la population, y compris, Madame la Ministre, dans le domaine des maisons de repos.

En ce qui concerne les délivrables, nous avons contribué à l'évaluation de la réforme 107 dont plusieurs d'entre vous ont parlé. Nous sommes coauteurs du rapport KCE, avec le CRéSaM d'ailleurs.

Nous avons beaucoup travaillé sur les inégalités en matière de suicide et j'aborderai ce point.

Nous avons récemment publié un *policy brief* sur l'impact de la pandémie sur la santé mentale de la population.

La pandémie augmente-t-elle le risque suicidaire ? Première question. Tout d'abord, on doit constater que, de fait, pratiquement toutes les études – et il y a maintenant des revues de littérature dans ce domaine – montrent que la détresse psychologique – principalement l'anxiété, les troubles de l'humeur – a augmenté dans la population générale. Notre étude que nous avons menée à l'UCLouvain, l'étude Covid et moi, a montré qu'il y a deux fois plus de détresse psychologie – 2,4 exactement – au moment de la première période de confinement par rapport à la période précovid. Les groupes à risques sont principalement les jeunes, les jeunes adultes et les femmes. En ce qui concerne les travailleurs de la santé, il n'y a pas d'indications claires que les travailleurs de la santé soient plus à risque face à la détresse psychologique par rapport à la population générale. Il y a un petit peu de rifié dans la littérature, en ce qui concerne les personnels infirmiers en particulier.

En ce qui concerne la patientèle psychiatrique, – j'ai bien aimé l'intervention de Mme van Leuven à ce sujet – ce que l'on pourrait appeler « la population chronique et sévère », celle qui était en souffrance de manière chronique avant la pandémie, notre équipe s'attendait à ce que ce soit cette population-là qui soit en grande souffrance au moment du confinement. La recherche ne supporte pas cette conclusion-là. En particulier mes collègues de l'université Libre d'Amsterdam ont montré qu'il n'y a pas eu de différence entre la période précovid19 et la période actuelle. Ce qui ne veut pas dire que ce n'est pas une population en grande souffrance, mais la pandémie n'a pas augmenté sa souffrance.

Venons-en, si vous voulez bien, au suicide lui-même. D'emblée, comme les orateurs antérieurs l'ont expliqué, c'est très compliqué de faire une évaluation en ce qui concerne le suicide. Néanmoins, on a quelques études, principalement, d'Angleterre, d'Allemagne et aussi du Japon. Tout récemment, un collègue de l'université de Swansea a publié une étude sur 21 pays,

dont 16 pays de revenus élevés, comme la Belgique. La conclusion est qu'il n'y a pas eu d'augmentation nette et systématique du taux de suicide dans les pays développés. Grosso modo, dans la majorité des cas, on observe un nombre de suicides inférieur au nombre attendu. De manière assez étonnante, un pays que je connais bien et qui a connu une situation dramatique en matière de taux de suicide, l'Équateur a observé une réduction de ce taux de suicide pendant cette période-là. C'était pour la première question.

La deuxième question, c'est : la Région wallonne et la Belgique ont-elles un problème avec leur taux de suicide ? La réponse est « oui ».

Voici les chiffres sur le taux de suicide pour 100 000 habitants – standardisé pour l'âge – dans différents pays de l'OCDE et, pour la Belgique, en courbe rouge. C'est l'historique statistique du suicide autour des 50 dernières années dans notre pays et dans des pays proches de nous. Ce qui est intéressant à constater d'abord, c'est qu'il y a une réduction monotone décroissante du taux de suicide depuis la fin des années 80 un peu partout. En Belgique, mais également dans d'autres pays de l'OCDE. C'est peut-être un peu moins visible pour ceux qui avaient déjà, dans les années 70-80 un taux de suicide très faible.

Ce sur quoi je voudrais attirer votre attention, Mesdames et Messieurs, c'est que depuis les 20-30 dernières années, la Belgique est passée d'une situation où nous avons un taux de suicide moyen à une situation où nous avons parmi les taux de suicide les plus élevés parmi les pays de l'OCDE, et en particulier en comparaison avec nos voisins. Nous ne sommes pas, en tant que pays, très performants dans le domaine de la prévention du suicide.

Si vous le voulez bien, je voudrais souligner la comparaison avec un pays que je connais très bien, la Finlande. Si vous vous rappelez l'historique des statistiques du suicide, ce pays connaissait une situation dramatique en termes de taux de suicide. La Finlande est maintenant en dessous de la Belgique, grâce à une stratégie très proactive, principalement d'inspiration de santé communautaire pour réduire le taux de suicide. La Belgique a réduit son taux de suicide, mais moins que ce qu'elle n'aurait pu faire.

En ce qui concerne la vision régionale, on le sait déjà, la Wallonie a le taux de suicide le plus élevé des trois Régions du pays. Ce taux de suicide diminue, comme je l'ai expliqué tout à l'heure, mais il reste plus élevé que les deux autres Régions du pays.

Nous avons un deuxième problème en matière de taux de suicide. Pour ceux qui travaillent dans le domaine de l'épidémiologie sociale, c'est bien connu. Le suicide est beaucoup plus fréquent chez les personnes précarisées, les personnes avec un plus faible niveau

d'éducation, les personnes sans emploi, les personnes plus pauvres et les personnes isolées.

Les inégalités de suicide n'ont pas diminué en Belgique au cours des 20 dernières années. Autrement dit, nous ne sommes pas seulement peu efficaces, mais nous restons inéquitables.

Ce qui est préoccupant, Madame la Ministre, Monsieur le Président, chers Collègues, est que les inégalités absolues – la différence de taux de suicide entre les groupes – ne diminuent pas, alors que pour toutes les autres causes de mortalité – le cancer, les maladies cardiovasculaires – les inégalités absolues diminuent. Les inégalités relatives ont même augmenté d'un ratio de 1,43 à 1,60 au cours des 20 dernières années, comme je l'indique dans ma présentation.

La prévention des suicides, comme M. Van Tichelen l'a mentionné antérieurement, requiert une approche par les inégalités. Si je peux me permettre, comme vous l'avez mentionné, typiquement à l'égard des hommes. Les inégalités de suicide sont beaucoup plus prononcées chez les hommes qu'elles ne le sont chez les femmes. Cela confirme un peu ce que vous disiez sur les stratégies différentielles entre les hommes et les femmes.

M. Van Tichelen a dit que le suicide n'est pas une maladie. C'est vrai, mais les troubles psychiatriques constituent sans doute le facteur le plus important en matière de risque suicidaire, en particulier les troubles de l'humeur et les troubles de substance. Le risque est particulièrement élevé à la sortie d'hospitalisation psychiatrique.

Je voudrais pointer du doigt une petite histoire. En 2015-2016, j'ai été faire une année sabbatique à Manchester en Angleterre, un pays qui est très en avance sur les questions de santé mentale. En rentrant, je contacte un responsable fédéral du secteur de psychiatrie, en lui disant qu'il faut travailler autour de la sortie de l'hospitalisation psychiatrique. Cette personne m'a répondu que c'était une compétence des Communautés.

Le suicide est un indicateur de vulnérabilité du système de santé mentale. Il faut le comprendre. Quand le suicide augmente, cela veut dire que notre système de santé mentale n'est pas performant. Je plaide très fortement pour rapprocher ces deux secteurs.

Si vous voulez bien, laissez-moi citer deux ou trois chiffres qui viennent de notre communauté. Dans l'étude COFI que nous avons menée avec les Pays-Bas, l'Italie, l'Allemagne et la Pologne, on a mesuré le nombre de semaines qu'il fallait à un patient qui sort de l'hôpital psychiatrique pour avoir une consultation. En Italie, en Angleterre et en Allemagne, c'est de l'ordre de deux à trois semaines. Le patient qui sort attend deux à trois semaines avant d'avoir un rendez-vous. En Belgique, c'est sept semaines.

Nous avons un souci avec la continuité à la sortie de l'hôpital psychiatrique. C'est un facteur majeur en matière de prévention du suicide. Je suis heureux d'entendre qu'« Un pass dans l'impasse » s'intéresse à cet aspect.

Enfin, nous devons éviter la double peine : le fait que les patients psychiatriques – chroniques et sévères – souffrent non seulement de leur maladie, mais souffrent également d'une faible intégration sociale. Laissez-moi à nouveau vous présenter ces chiffres qui sont un petit scoop pour vous et pour l'ensemble du pays. Ils nous proviennent des études de Sciensano, traitées par mon collègue Pierre Smith. Elles vous montrent la proportion de personnes sans emploi dans la population générale – courbe bleue du bas – et la population sans emploi dans ce qu'on pourrait appeler le cœur de la psychiatrie – les malades psychiatriques chroniques et sévères. C'est la courbe en gris au-dessous.

La proportion de la population belge sans emploi, de fait, a diminué, année après année depuis 1997 – la première enquête de santé par interview –, mais, par contre, si l'on compare la situation entre la population générale et la population en grande souffrance psychiatrique, l'écart s'est agrandi, à un point tel, Mesdames et Messieurs, que, actuellement, sur base des données de Sciensano 2018, traitées par mon collègue, Pierre Smith, on a plus d'un malade sur deux qui, tout simplement, est exclu du marché du travail. C'est inacceptable.

Nous devons travailler sur l'intégration des patients psychiatriques.

Je termine en donnant mon avis sur la proposition de résolution n° 477, qui était la demande, en soulignant un certain nombre de points forts et peut-être des points d'interrogation. Je terminerai aussi, si vous le voulez bien – ce sera mon côté irrévérencieux –, avec quelques réflexions sur la gouvernance de la santé mentale et du suicide en Région wallonne.

Pour les points forts de la résolution, j'ai repris la numérotation telle qu'elle est mentionnée dans le texte.

La Région wallonne manque d'une stratégie ambitieuse de prévention du suicide. C'est clair pour moi. Dix pour cent, c'est bien, mais la Flandre s'est donné comme objectif 20 %. Surtout, ces 10 % doivent être ramenés à ce *trend* chronologique décroissant que l'on observe partout. Autrement dit, ces 10 %, on les aurait acquis sans rien faire, parce que le taux de suicide est en diminution un peu partout.

Je pense que l'objectif que la Région wallonne devrait se donner, c'est de se rapprocher du taux de suicide de nos voisins, par exemple celui des Pays-Bas.

De fait, la résolution le mentionne, nous manquons de données sur le suicide. C'est exact, comme Un pass dans l'impasse l'a mentionné, c'est compliqué d'avoir

des données de suicides avant la certification ICD-10, mais l'étude dont je vous ai parlé tout à l'heure a fait le point sur des données de 21 pays avec des suicides en temps réel.

Je pense que c'est néanmoins intéressant d'utiliser ces données, cela nous donnerait déjà une première indication.

Je voudrais surtout mettre l'accent sur deux types de données qui nous manquent. Premièrement, un registre des tentatives de suicide. Comme on l'a expliqué, les tentatives de suicide sont un bon prédicteur de suicides réalisés. Deuxièmement, nous avons besoin de connaître le risque de suicides à la sortie de l'hôpital psychiatrique, à trois mois, à six mois, à neuf mois ou après un contact avec les services de santé mentale.

Nous manquons cruellement de ces données. Ces données nous permettraient de porter un regard plus évaluatif – dans le sens constructif du terme, bien sûr – sur l'efficacité de nos services de santé mentale à apporter des réponses.

Ensuite, la résolution n° 477, de fait, mentionne la nécessité d'intégrer la santé mentale dans toutes les politiques. C'est vrai, mais je voudrais apporter un petit bémol à cet égard.

Un scientifique de l'intégration a dit qu'il n'est pas possible d'intégrer tous les services pour tout le monde. Par contre, je pense que ce que l'on pourrait faire, du côté de la Région wallonne, c'est de mieux intégrer nos compétences existantes en santé mentale : par exemple, celles dans le domaine du suicide, celles dans le domaine de la santé mentale, celles dans le domaine de l'intégration sociale.

Je pense que l'on pourrait d'abord commencer par intégrer nos propres compétences.

Quelques suggestions sur la proposition de résolution n° 477.

La proposition de résolution n° 477 mentionne, entre autres, l'importance des lignes d'écoute dans son point 3. Je voudrais peut-être mettre l'accent sur les interventions qui bénéficient des évidences scientifiques, c'est-à-dire des interventions qui sont réputées efficaces dans la littérature. La méta-analyse publiée par *The Lancet* par Zalsman en 2016, qui actualise celle de John Mann en 2005, ne plaide pas vraiment en faveur des lignes d'écoute téléphoniques.

Ce n'est pas pour dire que l'on n'a pas besoin de ressources dans ce domaine, ce n'est pas cela que je veux dire. S'il y a une demande, c'est qu'elle est sans doute légitime. Ce que je veux dire, c'est que les écoutes téléphoniques ne sont sans doute pas le premier instrument pour réduire le taux de suicide et, typiquement, les inégalités de suicides.

Vous en avez mentionné plusieurs. Zalsman notamment mentionne, entre autres, qu'il est important de jouer sur la réduction de l'accès aux moyens de suicide, il est important d'améliorer la continuité et l'accès aux soins de santé mentale pour les patients à risque, principalement les patients SMI. Ce dont nous manquons cruellement en Région wallonne, c'est d'une grande campagne de déstigmatisation de la santé mentale, de manière à ce que tous ces patients puissent retrouver leur place dans la société.

Laissez-moi terminer par un point important : des réflexions du groupe MHSR sur la prévention du suicide et la santé mentale en Région wallonne. Ce sont des réflexions d'un groupe qui a plus de 10 ans de recherches dans ce domaine-là.

Le suicide et la santé mentale sont sans doute un *case studies* de la fragmentation des compétences de santé. Cela fait 10 ans que j'enseigne les politiques de santé du côté francophone, mais la santé mentale est le plus bel exemple, si je puis parler ainsi. Néanmoins, cette fragmentation varie entre régions. On pourrait réduire la fragmentation des compétences qui tournent autour de la santé mentale et du suicide au sein de notre Région. Laissez-moi poser la question : la Région wallonne n'a-t-elle pas délégué sa stratégie à un prestataire ?

L'autre point d'attention, ce sont les réseaux 107. J'ai été un des moteurs de l'évaluation des réseaux 107 entre 2011 et 2015. On n'entend plus beaucoup parler des réseaux 107. Or, la Région wallonne a des réseaux 107 actifs sur son territoire. Leur efficacité dans notre évaluation de 2015 laissait un peu à désirer. J'ai noté très positivement que des efforts importants ont été faits dans le domaine du financement du personnel dans les services de santé mentale et ailleurs. On pourrait se demander dans quelle mesure ces ressources ne pourraient-elles pas être attachées au réseau plutôt que les attacher à un service.

Enfin, peut-être faut-il penser à renforcer la fonction d'infirmier psychiatrique dans les services de santé mentale si l'on veut pouvoir prendre en charge les patients en grande souffrance psychiatrique. La fonction psychologique est peut-être importante, mais la fonction d'infirmier psychiatrique est très importante. J'ai noté très positivement que, parmi les équivalents temps plein qui ont été financés, il était possible de couvrir des infirmiers psychiatriques. C'est une très bonne chose.

Enfin, laissez-moi terminer sur une petite remarque en ce qui concerne l'expertise. Depuis 10 ans, j'observe que la Région wallonne se repose en grande partie sur le niveau fédéral pour acquérir son expertise. Cela a été mon observation dans le cadre de l'évaluation 107. Je remarque que c'est encore beaucoup comme cela dans le cadre du Conseil supérieur de la santé.

La Région wallonne aussi se fonde très largement sur les opérateurs pour acquérir son expertise et c'est très bien ; ils ont de bonnes connaissances du terrain, ils ont un accès à la patientèle qui exprime une demande, mais ce n'est pas suffisant. Où la Région wallonne acquiert-elle son expertise scientifique de haute qualité dans le domaine de la recherche sur les services de santé mentale ? Je plaide en faveur d'un financement d'un programme de recherche en matière de prévention du suicide, en matière d'organisation des services de santé mentale pour pouvoir alimenter cette expertise dans les 10 années à venir, afin de pouvoir travailler ensemble à développer une coalition de plaidoyer. Merci.

M. le Président. – Merci, Monsieur Lorent. Avant que vous ne quittiez le lutrin et avant que je ne cède la parole aux commissaires, que j'invite d'ores et déjà à la concision vu le laps de temps qu'il nous reste, pouvez-vous préciser deux choses que j'ai peur de ne pas avoir bien comprises ? Il s'agit de la notion chiffrée de l'objectif à atteindre de 10 % et de la notion de délégation à un prestataire. J'ai peur que vous ayez été un peu choc ou irrévérencieux, pour reprendre votre propos, dans l'expression. Je n'ai pas compris le sens profond.

La parole est à M. Laurent.

M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). – Les 10 %, c'est le plan Horizon 2020-2030.

M. le Président. – Vous disiez que les 10 % étaient un objectif qui serait atteint presque naturellement.

M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). – Il y a un trend chronologique décroissant que l'on observe dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Si vous ne faites rien, vous aurez cette diminution.

M. le Président. – Et pour ce qui est du prestataire ?

M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). – Une stratégie dans le domaine de la santé mentale ou de la prévention du suicide doit être ramenée au niveau de la gouvernance principale de la Région wallonne, pas au niveau d'un prestataire.

Échange de vues

M. le Président. – Je vais maintenant demander quels sont les commissaires qui souhaitent intervenir pour en dresser la liste et inviter vraiment – je me permets d'insister lourdement – à la concision et à la précision dès lors, pour pouvoir ensuite céder la parole aux intervenants, et ainsi avoir les éléments de réponse.

Mme Vandorpe, Mme Roberty, M. Sahli, Mme Nikolic, Mme Lekane, nous avons déjà cinq demandes d'intervention.

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Merci vraiment à chacun pour les éléments que vous avez pu nous apporter, que ce soit pour le contexte général ou pour la résolution en elle-même.

Je vais prendre intervenant par intervenant, ce sera peut-être plus facile, même si des points se regroupent.

Madame Lambert, je vous remercie pour l'analyse de la résolution. On est vraiment allé droit au but.

On a parlé aussi des lignes d'écoute. Dans le reportage d'Investigation de la semaine dernière, on a justement parlé aussi de cette saturation des lignes d'écoute, avec un témoignage d'une dame qui disait « J'ai mis trois ou quatre jours avant d'avoir quelqu'un en ligne, et finalement, c'était à la police que j'ai eu quelqu'un. Heureusement, cette personne m'a écoutée et je pense que c'est elle qui m'a permis d'avoir le déclic de ne pas passer à l'acte ». Dans la résolution que l'on avait déposée en Fédération Wallonie-Bruxelles, on avait demandé aussi de doubler la ligne d'écoute d'un tchat en ligne parce qu'en fait un adolescent ne prend pas son téléphone pour téléphoner. Certains ne connaissent même pas leur numéro de téléphone. Ils envoient un message, ils envoient un tchat. Pour justement pouvoir toucher ce public parfois plus jeune, que pensez-vous de cette idée de tchat et de développer peut-être autre chose que cette ligne téléphonique ? Finalement, c'est une question à laquelle chacun pourrait répondre.

Je trouve aussi important, ce que vous soulignez, d'avoir des points en présentiel et d'avoir vraiment un accueil. Certains ont vraiment besoin d'avoir ce contact humain et ce contact direct.

Par rapport à la perte de sens et au rythme aussi que l'on peut vivre face à cette crise, je trouvais que cette réflexion était intéressante.

Plusieurs ont répondu et ont réagi sur l'augmentation des consultations et comment les services de santé mentale ont vécu cette crise. Vous y avez en partie répondu, mais quelle est l'analyse des risques que vous faites ? Aujourd'hui, vous dites qu'il y a une augmentation ou, en tout cas, on a l'impression d'avoir des choses plus graves. Vous avez parlé d'une gravité plus importante. Quelle est l'analyse que vous en faites pour pouvoir essayer de pallier justement ces difficultés et ces problématiques ?

Dans un échange que l'on avait eu précédemment en commission, il y avait une discussion sur les moyens où j'avais abordé l'idée d'amener plus de moyens pour les services de santé mentale, en tout cas de pérenniser les

augmentations qui avaient été données. Une réflexion était de dire : l'argent n'est-il pas suffisant, mais plutôt mal utilisé ? J'aurais voulu avoir votre réaction par rapport à cela. Partagez-vous ce propos, que l'argent n'est peut-être pas utilisé correctement par rapport aux services de santé mentale ? Avez-vous plus besoin de moyens pour des frais de fonctionnement ou plus des frais de personnel pour pouvoir augmenter les équipes ?

C'est une question qui rejoint finalement un peu tout le monde, aussi bien Mme Lambert que la FéWaSSM.

Pour « Un pass dans l'impasse », votre exposé est intéressant. On sent que vous travaillez depuis des années sur le sujet, mais j'en conclus que vous n'avez donc pas vraiment de chiffres précis du suicide à part ceux des enquêtes qui ont pu être faites, notamment avec Sciensano et d'autres.

Donc, serait-ce utile, selon vous, même si j'entends la complexité, d'avoir ces chiffres ? Avez-vous cette utilité d'avoir ces chiffres en temps réel sur les admissions pour des tentatives de suicide et sur les certificats de décès, par exemple ?

On a parlé de l'augmentation des appels, donc je ne reviendrai pas nécessairement là-dessus, même si l'on constate quand même, vu les chiffres de l'enquête de Sciensano que cette augmentation des appels est quand même existante dans les faits.

Pour vous, y a-t-il assez de moyens financiers et structurels pour la *postvention* en Wallonie puisque vous avez abordé justement cet aspect-là, de contact avec les familles pour assurer cette continuité ? Pour vous que faudrait-il encore pour améliorer cette *postvention* sur laquelle vous travaillez ?

Sur les chiffres, toujours, vous parlez des données qui mettent trois ans à être effectives. Je peux comprendre dès lors que dans la résolution la formulation de dire d'établir un monitoring peut être considéré comme totalement absurde ou aberrant de dire : « non, on ne sait pas ». D'où ma réflexion de dire que dans on veut les chiffres, on y arrive quand même. On l'a vu avec le covid, on arrive à avoir des chiffres quasiment au jour le jour. Alors ici, bien sûr, c'est un contexte un peu différent. Je peux comprendre que ce soit plus difficile, mais pensez-vous quand même qu'il y a une utilité à avoir, même si l'on ne sait pas encore aujourd'hui de quelle manière le faire, ce monitoring ?

Au niveau de la FéWaSSM, vous êtes vraiment axé sur le fait que l'offre était insuffisante et qu'il ne fallait pas créer de nouvelles choses, mais bien augmenter et renforcer. Pour cela, je suis d'accord avec vous. Je suis assez interpellée quand vous dites : « on doit faire des tris ». Le terme est encore plus interpellant dans l'absolu. Même si j'entends les critères que vous pouvez donner en disant : « On peut rediriger certaines personnes vers le privé si elles en ont les moyens, et

cetera ». Cela ne veut pas dire que ces gens vont être sur le carreau. C'est quand même assez interpellant.

On sait l'importance des services de santé mentale. De tout cet aspect ambulatoire, aussi justement – je ne pense pas que ce soit à vous que je doive l'expliquer – il n'y a pas que l'hospitalier. Je trouve que l'ambulatoire est essentiel et important.

Estimez-vous aujourd'hui que les moyens pour faire face à l'augmentation de la crise sont suffisants ?

Que faudrait-il de plus, comme je le disais tout à l'heure pour Mme Lambert, en termes humains, financiers ou en formations peut-être aussi ? Ce n'est pas nécessairement des choses qui coûtent et qui ont un impact sur les budgets. En termes de formation de concertation entre les structures aussi. Finalement, quels moyens pourraient vous aider à faire face à ces situations ?

On a parlé des partenariats tout à l'heure. Je suppose que vous aussi vous travaillez avec des partenaires. Quels sont ces partenaires les plus utiles ?

Estimez-vous que vous êtes les meilleurs acteurs pour la prévention du suicide ? Il ne faut pas le prendre comme une question piège, c'est vraiment pour voir vers où il faut mettre les financements. C'est une grosse question, mais qui finalement, à partir de là beaucoup de réponses et de projets pourraient en découler.

Vous aviez répondu dans votre exposé sur la stratégie de coordination entre les services.

Je trouvais intéressant aussi tout l'aspect sur la structure de répit. Je trouvais que cela, c'était à creuser, en tout cas.

Pour M. Lorant, je regarde un peu. L'avis du Conseil supérieur de la santé insiste notamment sur les groupes vulnérables et l'importance de les surveiller activement et longtemps. Les professionnels de la santé, les patients, les victimes du covid, leurs proches, les personnes âgées, les jeunes évidemment les groupes précaires, les groupes discriminés, les détenus, et cetera.

Selon vous, comment peut-on mieux les atteindre et les suivre de façon proactive ?

On dit que ces groupes sont vulnérables, mais comment peut-on mieux les suivre ? On a eu un exemple avec l'exposé de « Un pass dans l'impasse » par rapport aux détenus. Sous la législature précédente, Mme Salvi avait fait un gros travail et rédigé un gros rapport pour justement amener cette dimension-là au sein des prisons.

Enfin, quelles sont les actions de prévention ou de promotion de la santé qui devraient être plus soutenues en Wallonie pour pouvoir endiguer les défauts dont vous nous faisiez part ?

M. le Président. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Merci à chacun et à chacune pour vos interventions. Un certain nombre de choses m'ont quand même perturbée. En effet, certains d'entre vous ont dit que la crise avait une influence sur la santé mentale, voire le risque de passage à l'acte au suicide, tandis que d'autres ont dit qu'il n'y avait pas de corrélation entre le nombre de suicides et la crise actuelle. Or, s'il y a bien quelque chose que cette crise met comme le nez au milieu du visage, c'est le fait que l'absence de lien social conduit à une augmentation majeure du risque de problèmes en santé mentale qui peut conduire – pas toujours – à un risque de suicide. J'essaie de vous réconcilier, mais je n'y arrive pas.

Votre différence d'approche est-elle due à des statistiques qui ne sont pas référencées sur les mêmes années ? Je suis vraiment très « heureuse » de vous entendre parler – parce que c'est parfois très compliqué à faire comprendre, y compris à certains acteurs de terrain – de l'importance d'avoir des chiffres, parce que cela permet de piloter des politiques. Or, une politique qui n'a pas de chiffres est une politique à la petite semaine. Les évaluations sont faites pour améliorer les qualités, et pas pour ennuyer le terrain.

Ici, je voudrais savoir sur base de quoi certains disent qu'il y a une augmentation et d'autres disent qu'il n'y en a pas. Parce que le fait de le faire à des conséquences essentielles. Aujourd'hui, à juste titre, notre attention est attirée sur la saturation des urgences et des soins intensifs. Malheureusement, on n'attire pas suffisamment l'attention générale – je n'ai pas dit que l'attention de la ministre n'était pas attirée – sur la saturation des lits en psychiatrie, en pédopsychiatrie, de l'ensemble de vos services, des PSE, des PMS, et cetera. On sait que dans ce cadre, non seulement dans la gestion de la crise, mais aussi dans le fait de permettre le lien social, tout cela est essentiel.

À partir du moment où certains pourraient dire : « Vous réclamez du lien et vous dites que l'isolement est dangereux, mais regardez : des experts nous disent qu'il n'y a pas d'augmentation des suicides ou des problèmes en santé mentale », certains vont faire des raccourcis pour dire que ceux qui plaident pour la remise en place du lien social sont en fait en train de se tromper. Vous comprenez ce que je veux dire ? Je pense que vous êtes certainement plus d'accord entre vous qu'il n'est apparu au niveau des chiffres et des conséquences de ces chiffres.

Pour le reste, je vous rappelle mes questions de départ sur ce que j'ai appelé la deuxième et troisième vague, c'est-à-dire le fait que la pandémie ne s'arrêtera pas à la vaccination et le fait qu'il y a des enjeux de cohésion et de réaffiliation sociale et démocratique.

M. le Président. – La parole est à Mme Roberty.

Mme Roberty (PS). – Je remercie l'ensemble de nos orateurs qui nous permettent d'avoir un très beau débat sur la santé mentale et sur le suicide.

Vos interventions sont de nature à nourrir le débat parlementaire et nos questions personnelles au-delà de cela et je trouvais cette matinée particulièrement intéressante.

J'ai différentes questions, notamment une à M. Lorant. Vous avez parlé des visites post-hospitalières en Belgique cette semaine pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre. À quoi est-ce dû ? Est-ce dû à un protocole mis en place en Belgique, en Wallonie peu importe à la sortie de l'hôpital ? Est-ce un protocole qui dit que pas avant quasi deux mois l'on se revoit en hôpital ou en extra-hôpital ? Ou est-ce dû à un manque de psychiatre, ce dont je ne doute pas ?

J'ai également une question pour Un pass dans l'impasse. Par rapport au point 2 de la proposition de résolution, on a bien compris que c'était compliqué d'obtenir des chiffres qui concernent tant les suicides que les passages à l'acte et que les passages non à l'acte. Dans ce cadre-ci, obtenir un monitoring hebdomadaire vous semble-t-il possible ? Si oui, comment faire ? D'autre plus qu'on le sait l'encodage des certificats de décès émane d'abord du service de l'état civil d'une commune, état civil qui est contrôlé par le niveau du fédéral. Cet acte de décès comporte deux parties, une qui est scellée, qui relève du secret médical. La seconde partie fait l'objet d'un encodage au niveau du registre national et l'acte part dans la banque des actes à la BAEC, pour être très technique, désolée. J'ai été officier d'état civil trop longtemps.

On le sait les services d'état civil doivent envoyer ces données – je ne sais pas si tout le monde le sait, mais voilà je vous informe – une seule fois par mois au service fédéral des statistiques. Il leur est demandé d'envoyer une seule fois par mois ces données.

Ce qui me paraît alors complètement inenvisageable avec un recueil hebdomadaire des données.

J'aimerais avoir un peu votre avis de vous tous sur ce monitoring hebdomadaire.

Par rapport au point 6 pour Un pass dans l'impasse puisque vous avez évoqué le point, mais Mme van Leuven l'avait évoqué aussi, par rapport aux médias, il y a une manière d'aborder le suicide et la santé mentale dans l'ensemble de nos médias au sens très large du mot média.

Où en êtes-vous par rapport à l'AJP et à votre rencontre avec la responsable, Mme Simonis ?

Qu'en pense-t-elle ? Quelles seraient les pistes que vous pourriez éventuellement proposer pour remédier au problème de « communication » au sens large ?

Une question que j'ai envie de poser à toutes et à tous, par rapport au point 4 de la résolution. Pouvez-vous nous donner votre avis sur la définition de l'autogestion et éventuellement une définition commune de ce mot autogestion pour que, nous, l'on puisse y voir plus clair ? Mme Vandorpe et Mme Greoli peuvent peut-être aussi définir ce terme qui ne me paraît pas clair.

M. le Président. – La parole est à M. Sahli.

M. Sahli (PS). – Je voulais aussi remercier les différents intervenants.

Nous avons raison de nous appuyer sur votre expertise pour mieux comprendre la situation.

Moi qui suis nouveau parlementaire, je suis un éternel apprenti, j'apprends tous les jours et c'est agréable de vous entendre.

C'est rassurant de savoir que la Wallonie a été proactive et a été dynamique dans cette question, et ce dès le départ.

Vous avez rappelé la position du Gouvernement wallon dans le cadre de Get up Wallonia avec des moyens supplémentaires.

Je veux aussi rappeler que le 26 février dernier, le CODECO s'est accordé pour renforcer la prise en compte de la santé mentale dans ses décisions et futures actions qu'il souhaite mettre en place.

Cet engagement témoigne que les autorités sont pleinement conscientes de la problématique et souhaitent agir pour renforcer et améliorer les mesures existantes.

Je souhaite revenir sur la question de l'accessibilité financière du suivi psychologique qui est souvent évoquée comme frein, comme je le rappelais tout à l'heure. J'ai eu la réponse de Mme Van Leuven. Il existe apparemment plusieurs possibilités, notamment d'assurer la gratuité d'un certain nombre limité de séances, et l'accessibilité à des consultations à des tarifs relativement accessibles à ces services de santé mentale.

En tant qu'acteurs de terrain, comment envisagez-vous cette question de l'accessibilité financière ? Comment envisagez-vous la gratuité pour tous les soins ? Est-ce une piste à creuser ou, au contraire, au regard de projets et de chemins thérapeutiques, conserver une participation, ne serait-ce que modeste, du patient aux soins est-il justifié et nécessaire ?

Une autre question concerne le représentant d'un Pass dans l'impasse et porte sur la difficulté qui réside dans la crainte du jugement des personnes de faire appel à un professionnel de la santé mentale, avec par exemple l'image négative associée au fait de consulter un psy comme associée à la folie, vous l'avez rappelé

tout à l'heure. En tant qu'acteur de terrain, comment comptez-vous agir pour casser ces préjugés ? Quelles recommandations pouvez-vous formuler à cet égard ?

Je partage le point de vue de Mme Greoli par rapport aux données. On est confronté à des statistiques données par les acteurs de terrain qui agissent tous les jours et des statistiques qui sont données par le secteur académique, par les professeurs de l'université. On aimerait qu'on chante la même chanson ou qu'on nous explique quelle est la différence.

M. le Président. – La parole est à Mme Nikolic.

Mme Nikolic (MR). – Je voulais aussi remercier les différents intervenants et intervenantes pour la qualité de leurs présentations et de leurs interventions. Vous avez déjà anticipé beaucoup de mes questions.

Il est clairement ressorti de vos différentes prises de parole que la santé mentale ne se travaille pas que dans les lits psychiatriques – bien au contraire – et que la Wallonie doit construire une véritable stratégie de santé mentale. On a reçu le message au niveau du groupe MR.

Vous avez été plusieurs à souligner l'image négative. Je rejoins les questions de M. Sahli à ce niveau. J'ai aussi noté positivement l'importance des mots, le fait de parler de bien-être pour certains publics, particulièrement les plus jeunes, parce santé mentale, dépression, détresse psychologique, tendances suicidaires, phénomènes d'automutilation, de scarification, et cetera sont des mots qui font peur. On entend souvent que le fait de ne pas vouloir mettre certains mots sur les maux peut être un élément bloquant pour poser un diagnostic si la personne a du mal à admettre un problème à la base.

Plusieurs d'entre vous ont évoqué le rôle de l'entourage, mais il a aussi beaucoup été question de l'individualisme de notre société. À cet égard, j'ai pris note et je trouve géniale cette initiative de sentinelles. J'avais des questions pour Un pass dans l'impasse : comment se passe le déploiement sur le terrain ? J'ai d'autres questions, peut-être pas qu'à Un pass dans l'impasse : ne serait-il pas intéressant de travailler en réseau pour déployer ces sentinelles très largement, de construire ce réseau avec tous les acteurs de terrain dans différents domaines. Vous avez aussi beaucoup insisté sur la multidisciplinarité.

Y a-t-il quelque chose que nous pouvons faire, au niveau du politique, pour vous aider ? J'imagine un soutien financier, mais il y a peut-être aussi des levées d'obstacles de certains freins sur le terrain au niveau réglementaire. Peut-on faire quelque chose ? Si oui, quoi ?

En dehors des lits psychiatriques, il y a beaucoup de structures, d'associations actives – directement, mais aussi indirectement – en lien avec la santé mentale.

J'ai entendu la recommandation de M. Van Tichelen d'améliorer la lisibilité de l'offre. Mme van Leuven avait aussi souligné ce problème de lisibilité pour les premières lignes et les médecins généralistes. Ma question est : comment améliorer cette lisibilité ? En effet, cela dépasse le simple cadastre. Il faut aussi le rendre lisible.

Je vous rejoins sur l'importance du rôle des médias. De nouveau, ma question est : que peut-on faire au niveau de la communication ? M. Lorant l'a souligné, la déstigmatisation de la santé mentale passe par la communication. À cet égard, mes questions sont très simples, en tout cas, à poser, mais je ne sais pas si les réponses sont simples. Faut-il développer une campagne de communication générale ou des campagnes plus spécifiques en termes de messages, mais aussi vers des publics cibles plus spécifiques ? Faut-il aussi viser les familles et proches ? Faut-il communiquer sur l'offre de soutien afin de la rendre aussi plus lisible ? Faut-il plutôt communiquer positivement sur la santé mentale et les mesures à adopter pour se maintenir en bonne santé mentale ou tout simplement garantir son bien-être ?

Idéalement, j'imagine qu'il faudrait faire un petit peu de tout. Cependant, en politique on doit souvent prioriser en fonction des moyens disponibles. Donc, s'il y avait des priorisations, quelles seraient-elles ? J'imagine aussi qu'il faudrait construire cette communication *bottom-up*, c'est-à-dire avec les acteurs du terrain, avec vous. J'aurais aimé vous entendre là-dessus, et pas seulement M. Lorant. Merci.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Merci à toutes et tous pour toutes ces richesses d'expertise, de terrain et d'études que vous nous avez apportées aujourd'hui. C'était vraiment très intéressant.

J'aurais tout d'abord une question pour le CRÉSaM. À l'approche des dernières élections, vous aviez proposé sept leviers pour agir sur la santé mentale. Parmi ceux-ci, on pouvait citer la mise en place de pratiques de proximité en développant des initiatives locales et en favorisant les soins au plus proche des patients. Ce genre de pratiques pourraient-elles être efficaces dans ce contexte ? Comment voyez-vous la mise en place concrète de ces pratiques ?

Ensuite, j'ai une question pour M. Lorant. Concernant la carte blanche publiée dans *La Libre* dont vous faisiez partie, vous expliquiez que la stratégie « actuelle face au covid méconnaît la nature humaine et que ceux qui s'imaginaient qu'il suffisait, pour gagner la partie contre une pandémie solidement installée, de jouer avec des robinets en sont maintenant pour leurs frais. La vision épidémiologique individualisante et simpliste à travers laquelle ils réduisent des

problématiques humaines à des curseurs manipulables à l'envi doit, de toute urgence, être revue ».

Cette carte blanche appelait à avoir une vision plus dynamique des comportements sociaux en mettant davantage de restrictions sur les activités les plus contaminantes et en prévoyant chaque fois quelles activités moins contaminantes pouvaient être organisées afin de satisfaire des besoins sociaux qui restaient, notamment en extérieur. Donc, par rapport aux sujets abordés aujourd'hui, cette vision dynamique pourrait-elle avoir un impact positif important sur la santé mentale de nos citoyens ? J'ai terminé, je vous remercie.

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – Comme mes autres collègues, je voulais vous remercier pour ces présentations et pour ces prises de position.

Par rapport à la résolution proposée et qui a fait l'objet de votre analyse concernant le suicide, on comprend bien qu'il faut travailler sur tous les mécanismes qui arrivent jusque-là, donc en termes de prévention.

En effet, il faudrait en arriver à ne pas avoir de suicide. C'est toute cette notion de ce travail de prévention qui peut être fait en première ligne qui est importante.

Par rapport au fait que l'on dit que la Wallonie a bien réagi, on peut tous être d'accord sur ce constat. Le problème est qu'aujourd'hui ce sont des réponses *one shot* à une crise que nous vivons. La question est de savoir comment on va pérenniser ces choses, comment nous allons l'organiser. Ce sont les questions qui vont certainement se poser dans les prochaines semaines et les prochains mois.

Comme je l'ai dit lors de ma première question, il y a deux moments.

Tout d'abord, il y a l'accord de coopération qui doit être mis en œuvre, cet accord de coopération entre le Fédéral et les Régions. Il y a une manne d'argent qui a été mise par le Fédéral, par les Régions, pour organiser cette santé mentale. Comment vous préparez-vous ? Comment vous êtes-vous associés ? Comment préparez-vous ce travail lié à cet accord de coopération et la mise en pratique ?

Ensuite, il y a les assises de la première ligne. Je voulais voir aussi comment vous vous préparez. On a entendu qu'un des problèmes est la continuation des soins en dehors de l'hôpital, à la sortie de l'hôpital. C'est clairement là, dans les assises de la première ligne, que ce problème doit être posé et que des solutions peuvent être trouvées.

On a parlé aussi des collaborations, de savoir comment travailler ensemble. C'est là que les questions

doivent être posées et les solutions trouvées. Comment vous préparez-vous à cela ? Comment allez-vous arriver lors de ces groupes de travail au sein de la Wallonie ?

Le risque est là. On sait que la Flandre avance vite, que le Fédéral avance. On a entendu que la Wallonie donnait toute son expertise au Fédéral. On peut tout à fait prendre cela, mais le problème est que, quand on met toute l'expertise au niveau du Fédéral, c'est souvent une expertise flamande, avec leur réalité. J'ai peur que l'on oublie la réalité wallonne. Je ne veux pas faire du communautarisme, mais c'est important de connaître nos différences entre la Flandre et la Wallonie. On a un tissu socioéconomique plus faible en Wallonie, donc je ne veux pas que l'on oublie tout l'aspect socioéconomique dans la santé mentale. Si on laisse le Fédéral et la Flandre travailler sans que la Wallonie ait une parole forte dans ces groupes de travail, on risque d'oublier cet aspect socioéconomique. On sait que la Flandre a une autre vision de la santé mentale, plutôt clinique et plutôt une approche rapide. En Wallonie, on peut aussi arriver avec une expertise de terrain. Comment les orateurs se préparent-ils à tout cela ?

M. le Président. – Avant de céder la parole aux différents intervenants dans l'ordre qu'ils souhaitent, je proposerai à Mme Greoli, qui l'a souhaité, de répondre à la question très précise qu'a posée Mme Roberty quant à la définition en question.

La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Cela ne sert à rien de demander à nos interlocuteurs de répondre à une question sur un texte que nous avons écrit. Sans doute ont-ils leur définition, mais ils auront entendu la nôtre.

Je peux comprendre que le terme « autogestion » puisse poser question, puisqu'il semble laisser la personne seule face à elle-même, alors qu'en fait ce terme « autogestion » vient dans un processus d'accompagnement. C'était pour ne pas mettre *empowerment*, qui est un terme entraînant généralement encore plus de questions.

Cependant, nous avons aussi entendu la réflexion de certains acteurs, et en particulier de Mme van Leuven tout à l'heure disant que c'était un outil parmi d'autres. Dans le cadre des suites de vos auditions d'aujourd'hui, Mme Vandorpe et moi-même vous proposons d'affiner ce point 4 afin de pouvoir montrer que c'est un outil parmi d'autres et que c'est bien ne pas laisser la personne seule face à elle-même dans une forme de responsabilisation isolée, mais au contraire de lui permettre d'acquérir les outils qui lui permettent d'acquérir les outils qui lui permettent d'aller vers un mieux-être.

M. le Président. – La parole est à Mme Lambert.

Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Merci pour toutes vos

questions qui nous permettent aussi d'avancer dans nos réflexions. On va répondre à deux, avec mon collègue Pascal Minotte, si vous le permettez.

J'ai noté les questions qui ont été formulées aussi en première partie, juste après l'intervention du docteur van Leuven.

Je pense que c'est Mme Vandorpe qui abordait cette question, il y avait une question sur la transversalité entre les services et les niveaux de pouvoir, avec l'exemple de la Fédération Wallonie-Bruxelles et une proposition de résolution pour la santé mentale des jeunes notamment. Vous demandiez que faire pour que les collaborations dans la transversalité fonctionnent de manière effective.

Il est nécessaire que les services concernés, quel que soit le secteur, sentent qu'ils sont soutenus par leur autorité et qu'il y ait dans les cadres réglementaires suffisamment de souplesse pour qu'il y ait des pratiques un peu différentes de ce que l'on a l'habitude de réaliser. Un cadre qui permet les collaborations est nécessaire. Cela a été dit à plusieurs reprises, le travail en partenariat, en réseau, de collaboration est un travail qui nécessite du temps et des moyens humains et financiers. Il y aurait tout intérêt à valoriser davantage ce temps consacré aux collaborations. Cela me semble un élément important sur ce point.

On a parlé de la question du *monitoring*, je ne vais pas entrer dans le détail. Il y en a d'autres qui seront plus à même que moi pour y répondre. La question de l'accessibilité des données est importante. On soutient cette idée. L'indicateur du suicide n'est pas le seul indicateur en matière de santé mentale. C'est peut-être une partie de la réponse à la question qui a été posée entre les éventuelles divergences d'approches qui ont pu être exposées ce matin. C'est important.

On sait à quel point les indicateurs de santé mentale sont difficiles à mettre en place. Il est très difficile aussi de mettre tout le monde d'accord autour de la table pour des indicateurs qui vont pouvoir être utilisés à différents niveaux, dans différents services, que ce soient les services hospitaliers, les services ambulatoires. C'est important d'avoir en tête que c'est une nécessité, mais que cela reste très complexe.

Un autre point sur lequel je voulais réagir est l'intervention de Mme Greoli notamment sur la question de l'implication. On a parlé des affiliations sociales et des habilitations démocratiques. Cela a été mentionné à plusieurs reprises aussi, il y a tout intérêt de faire en sorte notamment chez les jeunes, mais pas uniquement, qu'ils puissent s'exprimer sur les questions qui les concernent directement.

Au CRéSaM, on est assez attentifs à ces questions et on est au travail sur ces questions, avec un projet spécifique sur la question de la participation des usagers, et plus particulièrement sur la participation des

jeunes. On est en partenariat avec divers acteurs, notamment l'UNICEF qui travaille beaucoup sur ces questions. On ne peut que souligner tout l'intérêt d'avancer dans ce sens.

Quand on pose la question de savoir si la Wallonie a fait sa part, je pense l'avoir dit dans mon intervention, on ne peut que souligner les efforts consentis à cet égard. Cela me semble important de le signaler. Je vais aller plus loin, comme je l'ai dit tout à l'heure, il y a la nécessité de pérenniser les moyens de façon plus structurelle.

Sur le détail des modalités, je laisserai la parole à la FéWaSSM. Vous avez posé aussi la question d'utilisation des moyens. Les moyens sont-ils mis là où il faut ? Sont-ils utilisés correctement ? Pour les services de santé mentale, je me permettrai de laisser la FéWaSSM répondre à ce niveau.

On a parlé des lignes d'écoute. Il y avait une question sur l'idée de développer autre chose que les lignes téléphoniques. Vous avez évoqué la question du tchat.

Mais pour cela, je peux peut-être laisser mon collègue, Pascal Minotte, répondre.

M. Minotte, Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Oui, un petit mot là-dessus, comme c'est un peu plus mon domaine de travail.

C'est une des pistes, effectivement, qui peut améliorer l'accessibilité. Pour les jeunes, probablement, mais pas nécessairement uniquement pour les jeunes parce que se déposent sur des dispositifs comme les tchats des choses un peu différentes. On évoquait tout ce travail autour du genre et de la question d'accessibilité pour les hommes, qui est visiblement une question centrale. C'est revenu quasiment dans presque toutes les présentations.

Deux remarques par rapport à cela : il existe énormément de choses qui se font de façon informelle et qui sont mises en place par les jeunes eux-mêmes dans des groupes de paroles, sur internet, dans lesquels ils déposent et qui sont gérés par des jeunes, d'ailleurs. Ce sont des choses que l'on observe, indépendamment de nos volontés respectives.

Il existe aussi des initiatives – je ne sais pas, je laisserai la parole aux collègues qui en connaissent peut-être dans le domaine des questions du suicide – sur l'alcoolisme, par exemple je pense que le centre Alfa, sur Liège, développe un tchat. Il y a peut-être moyen de s'inspirer et d'avoir des retours d'expériences par rapport à cela. Ils ont développé parce qu'il faut évaluer tous ces dispositifs une fois qu'on les met en place parce que ce n'est pas parce qu'ils sont en place qu'ils fonctionnent. Il y a là probablement une piste, effectivement.

Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Sur la question du tchat, notamment, je pense que c'est l'équipe SOS enfants à Namur qui, sur les questions de maltraitance, utilise aussi cet outil. C'est peut-être aussi intéressant d'aller creuser de ce côté-là.

Je voulais aussi réagir rapidement sur la question de la stigmatisation ou de la déstigmatisation de l'ensemble des préjugés qui sont encore monnaie courante en matière de santé mentale. Juste rappeler qu'au CRéSaM, déjà depuis quelques années, avec le soutien de la Wallonie, on organise chaque année la semaine de la santé mentale qui a notamment pour finalité d'œuvrer à plus de déstigmatisation en matière de santé mentale.

On essaie de s'associer de plus en plus avec des acteurs, notamment du côté de la promotion de la santé. Cette année, nous allons travailler avec les centres locaux de promotion de la santé pour essayer de mettre en place des initiatives qui vont aller dans le sens de campagne de sensibilisation, et cetera. Je pense savoir aussi qu'au niveau du cabinet et de l'AViQ, il y a tout un travail qui a été réalisé avec le site trouverdusoutien.be et nous sommes aussi en contact étroit avec Lucie Hubinon à l'AViQ par rapport à toutes ces campagnes de sensibilisation, et cetera.

Sur la visibilité de l'offre, j'en ai déjà dit un mot aussi. Je rejoins tout à fait ce que la FéWaSSM a transmis. Il y a vraiment tout un travail qui doit être fait.

L'offre de soins en santé mentale est très complexe. Je ne peux que redire ce que j'ai dit tout à l'heure, à savoir la nécessité d'essayer de clarifier du mieux que l'on peut avec des outils et on est au travail aussi au CRéSaM. Nous avons réalisé une première représentation de l'offre de soins en santé mentale, mais qui doit encore être améliorée de manière plus interactive, en utilisant des médias qui sont peut-être plus actuels qu'une simple page sur un site. Voilà, ce sont en tout cas les éléments principaux que j'avais notés.

M. le Président. – Merci, Madame Lambert. Merci, Monsieur Minotte.

Je propose que M. Thirion et Mme Ringlet interviennent à ce stade.

Mme Ringlet, Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse ». – Madame Vandorpe, je voulais juste revenir sur l'idée du chat. On a constaté, pendant la pandémie covid, une évolution : au départ, les patients suicidaires et les personnes qui venaient régulièrement chez nous ont mis un peu entre parenthèses leur problématique. Pour ces patients, qui n'étaient plus reçus en présentiel dans un premier temps, on a dû se réinventer. On a proposé des entretiens en visioconférence. On a été très proactifs, mais on a recontacté tous nos patients pour évaluer comment ils se

sentaient, on revenait très souvent vers eux. Dans un premier temps, une partie de notre patientèle s'est mise en pause, un peu comme si leurs problèmes personnels, ils se mettaient en repli par rapport aux problèmes qui touchaient tout le monde. C'est vrai que c'était quelque chose d'inédit, je vais dire, ce que l'on vivait à ce moment-là.

Maintenant, quand on a commencé à déconfiner, on a commencé à les voir revenir. Nous on est revenu encore vers eux et là on a reproposé du présentiel. Je viens sur l'idée du tchat. Je pense en effet que c'est une très bonne porte d'entrée, mais que rien ne remplace le présentiel. C'est un retour que l'on a aussi bien eu des adolescents que des adultes. C'est vraiment une nécessité de se voir, d'avoir tous les messages aussi non verbaux que l'on a en entretien. Je trouve que c'est primordial. Il ne faut vraiment pas remplacer, mais, par contre, c'est une accessibilité pour les gens qui ont du mal à prendre leur téléphone. Je voulais en parler.

Par rapport à notre vécu de la crise – c'était toujours une de vos questions –, la gravité des situations, on a eu différents types de situations, on a eu toute une série de personnes qui ne venaient jamais vers nous et qui ne paraissaient pas, avant, être une population vulnérable, en tout cas à un problème de santé mentale. Maintenant, entendons-nous bien, on ne parle pas de maladie mentale. Ce sont des personnes qui, dans un premier temps, je pense, ont eu une difficulté à s'adapter sur un temps très rapide à différentes sortes de stress. Le problème, c'est que ce n'était plus, comme au départ, un peu un sprint, c'est devenu un marathon puisque cela s'est prolongé dans le temps. Je pense que les mesures qui ont été prises n'étaient pas nécessairement trop fortes, au départ, mais c'est le fait qu'elles reviennent par séquences qui a fait que le stress est devenu chronique. Donc, c'est inscrit chez la majorité d'entre nous. On peut tous dire que l'on a eu des effets de cette pandémie. Il y a donc des personnes qui étaient sans doute plus vulnérables que d'autres et qui cumulaient un peu les facteurs de risques. On a eu deux types de personnes : des gens qui présentaient réellement un problème de santé mentale et des personnes qui étaient en déséquilibre, si je peux dire.

On a constaté que, par rapport aux personnes qui présentaient déjà un problème, c'est vrai que les suivis, nous qui faisons de la prise en charge de crise, on s'est rendu compte que cela durait plus longtemps parce que c'était récurrent. Ce stress se « chronifiait ».

En termes de « postvention », je n'en ai pas parlé dans mon exposé, mais c'est vrai que c'est quelque chose que l'on proposait dès la création de l'ASBL avec des interventions, que ce soit en milieu scolaire ou en entreprise, suite à un décès par suicide, sous forme de debriefing pour remobiliser les ressources des équipes, et cetera pour pouvoir amener une continuité là où il y avait eu rupture et aussi pour identifier des gens particulièrement à risque de contagion.

Dans un deuxième temps, on s'est rendu compte très rapidement sur le terrain que l'on n'avait pas du tout cette possibilité de continuer à intervenir, parce que l'on doit intervenir très rapidement, souvent à deux et cela prend du temps. C'était toujours des psychologues qui intervenaient. Cela devenait vraiment compliqué avec nos consultes, et cetera. Maintenant, et depuis déjà quelques années maintenant, on donne des formations en « postvention ». On s'est donc inspiré de beaucoup de programmes qui ont été mis en place au Canada, pas qu'avec du débriefing, mais en envisager, avec des entreprises ou le milieu scolaire, toute une série de choses en amont pour la « postvention » afin que, si quelque chose arrive, ils puissent réagir tout de suite sans être pris dans la crise, l'émotion et l'urgence.

Au niveau structure de répit, on en a parlé aussi. Moi, c'est un constat que j'ai sur le terrain, surtout par rapport à certains jeunes, pendant la pandémie, où les maisons de jeunes, et cetera se sont arrêtées pendant un moment. Il y a beaucoup de jeunes pour qui le soin en ambulatoire ne suffisait plus. Donc, que faisaient-ils ? Ils appelaient le service pour parler à leur psychologue alors qu'en fait, c'est toute une série de choses dont ils savaient parler dans les maisons de jeunes. C'était hors entretien psychothérapeutique. Donc, le but, ce serait, parce qu'il y a aussi des jeunes qui ont malheureusement dû être hospitalisés rapidement, mais alors, ils ont eu un traitement médicamenteux et ils sont entrés dans le système psychiatrique. Ceci aurait franchement pu être évité, si on avait quelque chose pour les accueillir, parce qu'il y a beaucoup de jeunes qui se retrouvent seuls, sans famille et qui dépendent du CPAS, certains en tout cas de 18-19 ans. Du coup, ceux-là sont partis dans la voie de psychiatrie. Là, franchement, pour les en sortir maintenant, c'est très difficile, parce qu'ils ont un traitement et ils doivent suivre ce traitement et parfois ils ne sont pas *compliant*s. Il y a des hauts et des bas.

Au niveau des propositions, vous demandiez si on avait des idées. Je pense aussi que l'on pourrait agir en amont. Là, on n'est pas dans les soins de santé mentale ; on est dès le plus jeune âge, dans l'éducation. Il y avait un outil qui s'appelait « Les amis de Zippy », qui était venu du Canada. C'étaient des projets pilotes. Cela travaillait avec les enfants vraiment l'estime de soi, la solidarité, se soutenir les uns les autres et être attentif au bien-être des uns et des autres, c'est quoi le bien-être pour moi, qu'est-ce qui est juste, comment je suis aligné. Si on arrivait à travailler cela dès le plus jeune âge, dans le milieu scolaire – parce qu'il y a malheureusement des familles où on ne saurait pas avoir accès à cela en dehors de l'école –, je pense que l'on donnerait plein d'outils à ces enfants, puis adultes, pour faire face et avoir des solutions quand ils sont confrontés à une grande difficulté. C'est en amont. Là, on a moins besoin du système de soins de santé mentale, parce qu'on leur donnerait déjà des outils.

Pour répondre à Mme Greoli sur la manière de comprendre nos divergences, je pense que l'on n'en a

pas eu tellement – mes collègues le diront. En termes de chiffres et d'augmentation, personne ici n'a parlé d'augmentation du taux de suicide. Par contre, des idées suicidaires, certes. Cela a été très souvent soulevé : les gens qui nous appelaient disaient « Je suis au bout du gouffre. Je suis à la limite. » On l'a vu, dans l'émission dont vous parliez, *Investigation* : « J'allais passer à l'acte », et cetera. Maintenant, entre le dire, le penser et passer à l'acte, il y a un écart. C'est important de le souligner, parce que je pense qu'on est d'accord sur le fait qu'il n'y a pas d'augmentation, en tout cas on ne le voit pas. On parlera des chiffres après ; mon collègue pourra vous répondre.

Il y a une question de sens pour répondre à cela ; c'est la question du sens qui a été vraiment soulevée pendant cette pandémie : le sens de son travail, le sens de son existence, le sens de la famille. Il y a eu beaucoup de violence intrafamiliale, beaucoup de difficultés par rapport même au travail que les gens faisaient, que ce soit en distanciel, télétravail, ou que ce soit au sein des entreprises où ils se mettaient en danger, pour eux-mêmes.

La question de sens est venue vraiment au cœur des préoccupations de chacun, ce qui a augmenté aussi une demande par rapport aux soins, parce que cela venait révéler sans doute des fragilités. C'est un petit peu comme si la pandémie agissait comme une loupe sur tous les problèmes déjà préexistants.

M. Sahli parlait de l'accessibilité financière et évoquait une gratuité pour tous, et cetera. C'est vrai qu'il y a des inégalités par rapport à cela. Maintenant, beaucoup de choses ont été mises en place – et de plus en plus, je trouve – pour que les personnes aient accès à des soins quand même rapidement et qu'ils aient au moins entre huit et 10-12 séances. Quant à la gratuité complète, on a beaucoup de discussions par rapport à cela. Voici quelques années, on proposait des entretiens gratuits, mais on a dû y revenir parce qu'il y a déjà un taux d'absentéisme dans les consultations de plus ou moins 30 % – cela se vérifie partout, même dans le système hospitalier –, mais on s'est rendu compte aussi qu'il y avait, pour certains profils de personnes, moins d'investissement. Ils se permettaient plus de ne pas venir. Cet investissement qui peut être financier ou autre, cela peut être symbolique, mais je trouve que c'est nécessaire, et aussi par rapport à la relation thérapeutique. Ils ne doivent pas se sentir redevables de ce que le psychologue leur apporte. J'avais envie de souligner juste cela.

Comment casser la stigmatisation ? Monsieur Sahli, de nouveau, je pense que les mots utilisés pour parler de soins et comment on pourrait faire, c'est, je remarque que la difficulté, c'est pour pousser la porte la première fois. Une fois qu'il y a un lien qui peut s'installer et qu'il se rend compte qu'il y a une discussion, que c'est un échange, que ce n'est pas comme dans les films ou la psychanalyse où on se couche sur un divan et qu'on

parle tout seul. Vous voyez, je crois qu'il y a beaucoup d'idées préconçues aussi et donc l'échange, le fait d'être en lien permet cette déstigmatisation. S'ils ne le testent pas, ils ne sauront jamais. Donc je trouve, même au niveau des hommes, qui ont du mal à pousser la porte la première fois, je remarque qu'ils sont très présents. Ils sont même très réguliers dans leur suivi, donc c'est important.

Madame Nikolic, projet Sentinelles, je pense, mon collègue va expliquer. Pour la déstigmatisation encore vous en parliez, est-ce qu'il faudrait faire une campagne générale ? Je pense que oui, qu'il ne faut pas rendre les choses spécifiques, qu'il y ait une campagne générale « à faire » auprès de toute la population pour tout ce qui touche à la santé mentale. Donc, voilà en gros, j'ai essayé de répondre en tout cas à différentes questions. Je laisse la place aux autres. Merci.

M. le Président. – Monsieur Thirion, peut-être pour compléter le propos ?

La parole est à M. Thirion.

M. Thirion, Administrateur délégué du centre de prévention du suicide et d'accompagnement "Un pass dans l'impasse". – Au niveau des données chiffrées, la question qui se pose souvent, est-ce que c'est utile ? Est-ce que c'est réaliste ? Je pense en effet, d'avoir des données qui soient plus récentes que de trois ans, cela peut être utile, est-ce que c'est réaliste ? Je pense qu'on a eu le retour de Madame Roberty qui nous disait que l'administration prend un mois pour transmettre les données et doit le faire une fois par mois, et puis le temps que ce soit transmis soit à la Région ou bien au Fédéral, cela prend du temps.

Sur le terrain, avoir des données hebdomadaires, je ne vais pas vous qu'on ne va pas les utiliser, mais presque. Tout simplement, pour la bonne et simple raison que nous, au niveau des données statistiques, on fait toujours des analyses, et on ne prend jamais de données sur une année seule. On prend toujours la moyenne des cinq dernières années. Pourquoi ? Pour éviter justement d'avoir des pics qui soient inexplicables ou se dire, il y a un pic une année, et donc du coup on va changer une stratégie de prévention, on va changer nos moyens de fonctionnement, et cetera. Ce n'est pas cela qu'il faut faire. C'est justement de voir si ce qu'on a mis en place fonctionne oui ou non, puis dans les plans d'action, toujours des plans d'action, généralement ils sont sur quatre ou cinq ans. Cela nous permet de voir sur du long terme si on doit s'adapter et comment on doit s'adapter, et pas de se dire, il y a eu peut-être trois suicides une semaine, donc du coup, il faut revoir tout ce qu'on a mis en place. Ce n'est pas comme cela qu'on doit fonctionner.

Les enquêtes prennent du temps. Il faut attendre que celle-ci soit terminée pour savoir si c'était un suicide, si c'était un accident, si c'était un meurtre, et cetera. Tout

cela prend évidemment du temps et on ne saurait pas les avoir aussi rapidement.

Par rapport à la question du monitoring, au niveau des Sentinelles. Au niveau du déploiement sur le terrain. C'est un projet évidemment qui était lancé en 2020. Chaque fois qu'on le présente dans les entreprises ou bien dans les différentes structures, dans les réseaux et grâce justement à *Get up Wallonia*, on a cette possibilité d'échanger beaucoup avec les différents secteurs. On voit quand même que c'est quelque chose qui intéresse beaucoup de monde, même des gens qui ne sont pas des professionnels de santé. Par contre, en effet, la meilleure chose, c'est la communication, et donc, évidemment, s'il y a moyen de relayer l'information et de communiquer le plus largement possible sur ce dispositif vraiment innovant, évidemment que cela portera encore plus ses fruits.

La question de M. Heyvaert par rapport à la différence qu'il peut y avoir au niveau de la Wallonie et de la Flandre. Je pense en tout cas, cela n'arrive pas souvent, mais c'est rare, c'est un projet wallon qui était proposé au niveau fédéral et nous, au niveau de « Un pass dans l'impasse » qui avons la coordination pour mener à bien ce projet sur l'ensemble du territoire belge. Cela veut donc dire que c'est « impasse dans l'impasse » avec les réalités. En Flandre, on travaille en partenariat avec différents acteurs, mais c'est nous qui mettons en place le dispositif, c'est nous qui mettons en place les projets de formation, de sensibilisation, qui mettons en contact les intervenants. On est évidemment attentifs aux réalités de la Wallonie, de Bruxelles, et de la Flandre. Ce ne sont donc pas nos partenaires flamands qui viennent imposer un modèle en Wallonie. C'est cela qui a pris un peu de temps aussi dans le dispositif : il a fallu que ce soit accepté qu'un projet wallon puisse s'étendre de l'autre côté.

Au niveau de l'accessibilité financière, ma collègue a répondu.

Les Sentinelles, j'y ai répondu.

Au niveau des moyens financiers, je pense qu'on l'a dit, nous avons tous été très heureux de voir que les réalités ont été entendues, que des moyens financiers pour l'ensemble des secteurs ont été attribués de manière très rapide. On n'a pas attendu un an pour avoir des constats pour tirer des conclusions. Dans la réunion pour *Get up Wallonia*, on peut justement se rendre compte que certains secteurs communiquent entre eux alors que cela n'aurait peut-être pas été le cas auparavant. Il est important de le souligner. Au niveau des moyens financiers, c'est un fait qu'il y a de nombreux ETP qui ont pu être alloués.

Mais je reviens sur la communication. On peut mettre en place des choses, mais si l'on n'arrive pas à communiquer comme il le faut, on passe peut-être parfois à côté de la cible. D'où l'importance de la

communication dans l'ensemble des projets, des dispositifs.

Je pense que nous avons répondu à l'ensemble des questions qui nous étaient posées.

M. le Président. – La parole est à Mme Lambert.

Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Il y a juste un point auquel on n'a pas répondu. Pascal, je ne sais pas si tu veux...

M. Minotte, Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Oui, c'est la question concernant les initiatives de proximité. C'est une question importante. On peut faire extrêmement court. On a évoqué la question du lien social comme étant un des facteurs, un des déterminants de protection par rapport aux problématiques de santé mentale et de suicide notamment. Tout ce qui va permettre d'entretenir, de prendre soin à l'échelle d'un quartier, à l'échelle d'une rue, à l'échelle d'une impasse, que sais-je, de prendre soin de ce lien social entre les individus va les aider à être mieux, à avoir une résilience – on va utiliser des termes différents en fonction de qui s'exprime. C'est tout simplement cela.

Là, l'imagination est au pouvoir. Je n'ai pas envie de pointer quelque chose en particulier, mais tout ce qui aide à « prendre soin ». En décloisonnant aussi, cela fait partie des recommandations. L'idée de créer des lieux dans lesquels on va retrouver toutes des personnes qui vivent les mêmes problématiques, qui seraient un peu stigmatisées par ailleurs, à l'échelle d'un quartier, et sortir finalement du secteur santé mentale quelque part pour être dans quelque chose, encore une fois de beaucoup plus transversal.

Mme Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM). – Par rapport à la question « Comment les SSM ont vécu la crise ? », je pense qu'on peut dire ce que Madame Ringlet a expliqué, on l'a observé aussi, en termes de début de la crise, effectivement les patients sont un peu restés en stand-by. On a donc dû changer un peu notre méthode de travail. En effet, en général, ce sont les patients qui viennent vers nous. On a dû se réinventer aussi parce qu'adapter les soins psychologiques à distance du jour au lendemain, alors que ce n'était pas du tout notre méthode de travail, on a pas mal ramé.

Tout cela pour dire que l'on a pu observer des situations existantes qui s'aggravaient – on a eu pas mal de patients qui ont décompensé de manière plus grave pendant le confinement – et on observe maintenant des nouvelles demandes, des nouveaux types de patients. Il est important de dire que l'augmentation des demandes, on entend dans le secteur qu'elles arrivent seulement maintenant. Tout cela pour signaler que les emplois *Get up* ont été vraiment les bienvenus. Jusqu'à l'heure d'aujourd'hui, officiellement, on n'a toujours pas eu le

renouvellement pour que ce soit prolongé au-delà du mois de juin. Elles le sont normalement jusque décembre, mais on n'a toujours pas les arrêtés ministériels et donc, en tant qu'employeur, tant que l'on n'a pas les arrêtés ministériels, cela veut dire qu'en tant qu'employeur, on se pose des questions. On ne peut pas poursuivre un contrat de travail.

Tout cela pour dire aussi que tous ces patients-là, qui permettent une prise en charge...

(Réactions dans l'assemblée)

Je comprends bien entendu les difficultés du politique.

Tout cela pour expliquer qu'au niveau des prises en charge, ce qui est permis maintenant avec les emplois *Get up*, c'est vraiment important que cela puisse être pérennisé, même au-delà de décembre 2021, puisque les patients ne vont pas disparaître en novembre.

Pour ce qui est de la question, sommes-nous les meilleurs pour prévenir le suicide ? On serait un peu prétentieux de répondre que oui. Ceci dit, je pense qu'en termes de prise en charge dans les services de santé mentale, cette détection, on peut la faire tout au long d'un suivi, soit que ce soit un suivi de court terme, moyen terme ou long terme, cette détection du suicide, nos services et nos équipes permettent de détecter. Plus on pourra prendre des patients en charge, plus on pourra détecter et faire de la prévention suicide, puisque notre job en tant que thérapeute, c'est aussi de prévenir les passages à l'acte.

Au niveau de l'accessibilité financière, je voudrais rappeler quand même que nos services offrent une offre de soins en santé mentale à des prix très bas. Je rejoins aussi ce qui a été dit par Mme Ringlet au niveau de la participation financière symbolique dans le cadre d'un travail thérapeutique.

Il est bien entendu que nous veillons, dès l'analyse de la demande, justement à veiller à ce que le patient puisse accéder aux soins sur le plan financier. Il est bien entendu que, dès l'analyse de la demande, s'il y a des problèmes financiers, on offre la gratuité.

Je voudrais aussi souligner sur le fait que l'on pourrait évidemment rediscuter de la gratuité de nos soins, tout en veillant effectivement au niveau symbolique et dans le cadre du suivi, mais il faut savoir aussi que nos services survivent aussi grâce à l'accès financier, au paiement des consultations des patients. Cela veut dire que s'il devait y avoir une gratuité qui devait être instaurée dans le SSM, il faudra vraiment être attentif au financement, puisque la partie des consultations d'un patient nous permet de survivre en tant que SSM, puisqu'au niveau des frais de fonctionnement, je pense que l'on est un peu sous-financé, puisque les moyens ne sont quand même pas très élevés.

M. le Président. – La parole est à M. Van Tichelen.

M. Van Tichelen, Président de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM). – Madame Vandorpe, vous posiez la question si l'offre est insuffisante. Vous étiez étonnée de l'expression « faire un tri ». C'est la réalité des services de santé mentale.

J'insiste aussi sur la confusion qu'il peut y avoir entre soins de santé mentale SSM et service de santé mentale, SSM. Les soins de santé mentale, ce sont tous les services qui participent à la santé mentale des Wallons, des Belges. Les services de santé mentale sont des services particuliers régis par un décret. Le dernier date de 2009, qui sont des structures ambulatoires que Mme Meunier vous a présentées.

L'offre aujourd'hui est-elle insuffisante ? J'ai envie de vous dire spontanément, en fait les demandes sont telles en nombre et les soins de santé mentale sont des soins lents. De facto, on remarque bien que l'offre est insuffisante. Maintenant, c'est vrai, aujourd'hui, qu'il y a une nécessité urgente de clarifier cette offre. J'entends bien, c'était la question de M. Heyvaert, la première ligne, on nous a bien dit et on nous dit bien combien les assises de la première ligne vont participer dans un deuxième temps à la clarification de l'offre. Je me réjouis d'avoir les informations et j'entends que l'on en parle, des assises de la première ligne, mais c'est la première fois que j'entends une information officielle là-dessus. On attend aussi des dates et des processus, auquel on se réjouit de participer, mais dont on ne connaît pas les modalités aujourd'hui.

L'offre est-elle insuffisante ? Oui, vraiment, elle l'est. Il y a une nécessité de moyens complémentaires, mais il y a aussi une réflexion à avoir la liquidation de ces moyens.

Sans doute que beaucoup d'entre vous sont bien au courant des difficultés décrétales sur la liquidation particulière des moyens des services de santé mentale qui fait que l'ensemble de l'enveloppe n'est pas utilisée. Ce sont des questions techniques, mais auxquelles je crois que le Gouvernement wallon a l'intention de s'atteler en vue de revoir ce décret sur les services de santé mentale.

La deuxième question sur la question de l'articulation entre l'ambulatoire et l'hospitalier, je crois que la rivalité qu'il pouvait y avoir entre l'ambulatoire et l'hospitalier, c'est vraiment dépassé. On est dans un travail complémentaire et sans doute que le 107 nous a bien aidés à cela, mais on était déjà dans une logique de réseau avant. Il y a vraiment des places distinctes à avoir et à travailler beaucoup plus dans une complémentarité que dans une rivalité. Maintenant, c'est vrai, il y a des moyens radicalement différents. Quand on observe le salaire d'un médecin psychiatre à l'hôpital et celui dans un service de santé mentale, il ne faut pas se leurrer. Avec le manque de psychiatre qu'il y a, les

services de santé mentale ont de moins en moins de facilité à engager des psychiatres parce qu'ils sont payés au tiers du prix, tout simplement. C'est une réalité à laquelle il va falloir faire face. Si l'on n'y répond pas, les services de santé mentale ne seront plus équipés des capacités de suivi de ces grands malades qui gagnent, comme M. Laurent le disait, à être davantage insérés dans la société. C'est sûr que l'accompagnement psychiatrique aussi y participe.

M. le Président. – La parole est à M. Lorant.

M. Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). – Concernant la première question de Mme Vandorpe, pour atteindre les groupes vulnérables, il y a un mot que l'on n'a pas beaucoup utilisé aujourd'hui et qui est très important, c'est la définition des groupes cibles. On doit définir quels sont les différents groupes cibles dans le domaine de la santé mentale. On oublie qu'il y a deux populations très différentes dans le domaine de la santé mentale. Il y a la population « grande souffrance psychiatrique », ce que les cliniciens, les psychiatres appellent les SMI. Puis, il y a la population générale. Pour revenir à la question des groupes vulnérables, il faut d'abord définir des groupes cibles. Pour arriver à cela, il faut d'abord un plan. J'aurais donc envie de dire que la première chose que l'ont devrait faire en Région wallonne, c'est définir un plan pour la santé mentale et la prévention du suicide. C'est la première chose à faire.

Quelles sont les priorités ? J'ai envie de donner deux réponses à cela.

Un – et je vous avoue que je suis parfois surpris par les propos des mes collègues –, on manque d'une culture des évidences du côté francophone. Il n'y a sans doute pas une expertise wallonne. Il y a une expertise en Wallonie, mais j'ai peu entendu mes collègues faire référence aux évidences scientifiques dans ce qui marche et ce qui ne marche pas. Commençons par mettre nos sous dans ce qui marche.

En ce qui concerne les groupes vulnérables ou la population générale, je pense qu'un acteur dont on a peu parlé, c'est le médecin généraliste. Le premier contact pour la souffrance psychiatrique, ce sont les médecins généralistes. Vous allez me dire : « les médecins généralistes dépendent des consultations INAMI ». Oui et non. On sait aussi qu'il y a une fonction santé communautaire qui est dans les compétences de la Région wallonne, les maisons médicales jouent un rôle très important là-dedans. Développons une approche santé communautaire de la santé mentale et impliquons beaucoup plus les médecins généralistes là-dedans. Une des difficultés des médecins généralistes, c'est que ceux qui travaillent en solo n'arrivent pas à suivre cela. Pour suivre les problèmes de santé mentale en médecine générale, il faut une pratique de groupe.

S'il y avait une priorité pour l'autre groupe cible, les fameux SMI dont j'ai beaucoup parlé aujourd'hui, c'est le suivi après l'hospitalisation psychiatrique. J'en reviens à la question de Mme Roberty : pourquoi y a-t-il des retards dans les visites ? C'est une très très bonne question et je vais vous donner notre analyse du groupe. La première chose, c'est que nous n'avons pas, du côté francophone, accepté d'institutionnaliser le travail en réseau. J'entends mes collègues parler du réseau. On travaille en réseau. Beaucoup me disaient : « on travaillait en réseau avant le 107 et on travaille encore en réseau après le 107 ». Oui, mais ce n'est pas cela le travail en réseau. Le travail en réseau, c'est structurer la circulation des patients, c'est structurer des parcours de soins.

Laissez-moi prendre un exemple clé : c'est le rôle des équipes mobiles, ce que, dans le langage fédéral, l'on appelle les F2a et les F2b.

Du côté néerlandophone, les F2a et les F2b ont suivi un modèle scientifique approuvé, les fameux CRT ou ACT, qui sont des modèles scientifiques pour guider l'action de ces équipes mobiles.

Du côté francophone, on laisse les équipes mobiles faire un peu ce qu'elles veulent faire. Faisons en sorte que les équipes mobiles qui sont actives sur le territoire wallon suivent les modèles scientifiques éprouvés dans ce domaine-là et donnons-leur un rôle pour assurer que les patients qui sortent des hôpitaux aient, avant même la sortie de l'hôpital, leur consultation.

Comment cela marche-t-il à l'étranger ? L'équipe mobile vient à l'hôpital. Elle vient à l'hôpital et elle arrange le suivi ambulatoire au moment de l'hospitalisation.

Les durées de séjour de l'hospitalisation psychiatrique en Belgique sont parmi les plus élevées en Europe. Ils ont du temps pour faire cela. Mais combien de patients sortent avec leur rendez-vous en ambulatoire à la sortie ? Très très peu. Il y a certainement un manque d'institutionnalisation, de volonté de structurer les parcours de soins du côté francophone, je crois.

M. Sahli a parlé de l'accessibilité des services. C'est très important, l'accessibilité, mais je voudrais vous inviter à un petit changement paradigmatique. On sait, grosso modo, que seulement entre un tiers et la moitié des patients en souffrance psychiatrique recourent aux soins ou cherchent de l'aide.

La grande majorité des patients qui sont en souffrance psychiatrique ne cherche pas de l'aide. Ils ne vont pas téléphoner à Un pass dans l'impasse, ils ne vont pas contacter leur médecin généraliste ou, s'ils vont en médecine générale, il faudrait que le médecin généraliste soit professionnellement formé pour apprendre à détecter cela.

L'accessibilité, oui. Je pense qu'il faut en tout cas une démarche proactive et les équipes mobiles ont été construites, surtout les F2b, autour du concept de proactivité et j'invite mes collègues de la FéWaSSM, du CRéSaM à un changement paradigmatique pour aller plutôt vers de la proactivité, à aller vers les gens plutôt que d'attendre qu'ils viennent.

Mme Nikolic a mis l'accent sur la visibilité de l'offre. Quand j'enseigne à mes étudiants l'organisation du service de santé mentale, c'est un des secteurs les plus complexes. Rien que ce secteur-là, vous n'avez pas idée des différents types de services qui sont agréés. C'est très compliqué, parfois même pour les professionnels de la santé mentale, de s'y retrouver, et pour les patients, certainement.

Quel est le souci ? Je ne suis pas sûr que ce soit un problème de visibilité. Je pense que c'est un problème de structuration de l'offre et qu'il y ait des parcours de soins qui soient définis en fonction des groupes cibles.

C'est aux professionnels qu'il revient de faciliter la vie des patients, ce n'est pas aux patients qu'il revient de se débrouiller avec la complexité de notre système institutionnel. Ce serait ma réponse à ce point-là.

En ce qui concerne la question de Mme Lekane sur la carte blanche, oui, certainement. Dans l'enquête « Covid et moi » et tout ce que l'on a fait au niveau du groupe MHRS, c'est de faire en sorte que l'on puisse aider la population à garder ses activités sociales. Toute notre stratégie de recherche et de plaidoyer est de faire en sorte de protéger la santé mentale de la population, y compris des plus jeunes et des jeunes adultes, en leur permettant de maintenir toutes les activités sociales, puisque c'était un déterminant majeur de la santé mentale.

Je pense que les règles sur les bulles sociales, les fermetures d'écoles sont de très mauvaises politiques et je continuerai à le dire. En fait, on sanctionne 80 % de la population. Grosso modo, c'est cela. Je pense que ce n'est pas une bonne politique. Il y a pas mal d'articles dans ce domaine.

En ce qui concerne la question de M. Heyvaert sur l'expertise wallonne, je ne pense pas qu'il y ait une expertise wallonne. Il y a une expertise en Wallonie, mais on a surtout besoin de pouvoir se confronter à des équipes internationales, à des équipes en Flandre.

Mon équipe, je la finance principalement sur des fonds européens. Les seules ressources que mon groupe MHRS a eues sur les dix dernières années, ce sont des fonds européens et c'est aussi la recherche fédérale sur l'évaluation 107.

J'espère avoir répondu à vos questions.

M. le Président. – Merci, Monsieur Lorant.

Je propose à Mme la Ministre d'intervenir brièvement. Elle l'a souhaité.

La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Je ne vais pas intervenir sur le fond parce que c'est le travail des parlementaires. En tout cas, c'est très instructif et très intéressant. J'aurai l'occasion d'intervenir quand on examinera la résolution sur le fond.

Par rapport à l'intervention de la FéWaSSM, je ne vais pas répondre à la FéWaSSM en tant que telle, parce qu'elle a déjà l'information. Mais pour tous ceux qui nous suivent éventuellement sur Youtube ou pour les collègues moins bien informés, il y a des réunions toutes les semaines avec les fédérations qui sont informées que le message est répété.

Pour le moment, les arrêtés sont à l'Inspection des finances et les mesures seront prolongées au 31 décembre 2021 à ce stade. Comme cela, vous avez l'information. Je ne voudrais pas que l'on considère que cela ne serait pas dit. C'est important pour la compréhension des uns et des autres.

Deuxième élément, de la même manière que dans le cadre des discussions menées avec les fédérations, le cabinet a déjà discuté et informé des assises de la première ligne. Ces discussions ne sont pas inconnues des fédérations.

M. le Président. – La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – C'est la conclusion de ce point, et j'extrapole sur le point suivant, puisque nous arriverons avec une proposition. Entretemps, de manière informelle, on proposera la cosignature aux autres partis, puisqu'on a bien entendu les remarques de tous. On arrivera avec un texte qui aura été proposé à tout le monde, en vue de l'examen à quinzaine.

M. le Président. – Je remercie les différents intervenants et leur permets de nous quitter, s'ils le souhaitent, puisque la suite ne les concerne pas nécessairement.

Merci pour vos interventions à toutes et à tous. C'était très instructif et utile.

ORGANISATION DES TRAVAUX

(Suite)

Examen de l'arriéré

M. le Président. – Pour l'auto-organisation des travaux, on l'avait passé en attendant que tous les groupes soient représentés. Je ne sais pas si quelqu'un

voulait faire remonter quelque chose de l'arriéré. S'il n'y a pas de demande particulière, considérons que le premier point est vidé.

La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – J'entends que vous clôturez l'ordre des travaux, mais est-on bien au clair de la manière dont va se dérouler notre commission de jeudi ? Ne faut-il pas acter l'organisation de jeudi ?

M. le Président. – Oui, on peut le faire maintenant tant que tout le monde est encore assis, vous avez raison.

J'en viens à l'organisation des travaux pour jeudi. Il est proposé de commencer, contrairement peut-être à ce qui était indiqué sur l'ordre du jour – je ne sais pas – par le médiateur. Une fois que nous aurons entendu le médiateur, nous entendrons la ministre sur la présentation du projet de réforme APE, sans entamer un quelconque débat, mais de reporter à quinzaine le débat, de manière telle à ce que nous puissions terminer à une heure raisonnable. Nous entamerons les débats 15 jours plus tard.

La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Cette organisation des travaux me convient parfaitement. Je demande juste à Mme la ministre si elle compte utiliser un PowerPoint jeudi et si on pourra en disposer dans la foulée. Je ne demande pas en avoir la primeur, mais qu'il soit chargé.

M. le Président. – Ce sera chose faite.

Mme Greoli (cdH). – Si je peux en avoir la primeur, je ne suis pas embêtée.

M. le Président. – Merci à Mme la Ministre pour faire diligence.

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Je voulais intervenir mais cela rebondit sur l'organisation des travaux.

Nous avons eu ici les auditions qui avaient été demandées suite au dépôt de cette proposition.

Ce que nous proposons avec le cdH c'est, au regard de ce que nous avons entendu aujourd'hui, de retravailler et d'amender notre texte. Je demande donc l'examen dans 15 jours.

Voilà la conclusion de ce point-ci.

J'extrapole sur le point suivant puisque nous arriverons avec une proposition et entre-temps de manière informelle bien entendu, on proposera la cosignature aux autres partis puisque l'on a bien entendu les remarques de tous.

On arrivera donc avec un texte qui aura en tout cas été proposé à tout le monde en vue de l'examen.

M. le Président. – Dont acte.

On avait passé le point organisation des travaux en attendant que tous les groupes soient représentés.

Je ne sais pas si quelqu'un voulait faire remonter quelque chose de l'arriéré.

Si il n'y a pas de demande particulière, considérons que le premier point est ainsi vidé.

Nous reprendrons à 14 heures avec les questions et interpellations.

La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – J'entends que vous clôturez l'organisation des travaux.

Sommes-nous bien au clair sur la manière dont va se dérouler notre commission de jeudi ?

Ne faut-il pas maintenant acter l'organisation de jeudi ?

M. le Président. – Si on peut le faire maintenant, vous avez raison, tant que tout le monde est encore assis.

Je vais remercier les différents intervenants, ce qui leur permettra de nous quitter.

Merci pour vos interventions à toutes et à tous. C'était très instructif et très utile.

Pour jeudi, il est proposé de commencer, contrairement à ce qui était indiqué sur l'ordre du jour, par le médiateur. Ensuite, entendre Mme la Ministre sur la présentation du projet de réforme APE, sans entamer un quelconque débat, mais bien de reporter à quinzaine de manière telle que nous puissions terminer à une heure raisonnable et entamer le débat 15 jours plus tard.

La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Je voulais vous dire que cette organisation des travaux me convient parfaitement.

Je voulais juste demander à Mme la Ministre si elle compte utiliser un power point et si l'on pourra en disposer dans la foulée.

M. le Président. – Ce sera fait.

La séance est suspendue.

- La séance est suspendue à 13 heures 9 minutes.

REPRISE DE LA SÉANCE

- La séance est reprise à 14 heures 16 minutes.

M. le Président. – La séance est reprise.

PROJETS ET PROPOSITIONS

PROJET DE DÉCRET PORTANT CONFIRMATION DES ARRÊTÉS DU GOUVERNEMENT WALLON DE POUVOIRS SPÉCIAUX PRIS DANS LE CADRE DE LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LORS DE LA DEUXIÈME VAGUE DU COVID-19 (DOC. 542 (2020-2021) N° 1 À 1TER)

*Chapitre 1er – Disposition budgétaire – Article 1er
Chapitre 3 – Emploi, Formation et Économie sociale –
Article 4*

PROJET DE DÉCRET PORTANT CONFIRMATION DES ARRÊTÉS DU GOUVERNEMENT WALLON DE POUVOIRS SPÉCIAUX PRIS DANS LE CADRE DE LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LORS DE LA DEUXIÈME VAGUE DU COVID-19 POUR LES MATIÈRES VISÉES À L'ARTICLE 138 DE LA CONSTITUTION (DOC. 543 (2020-2021) N° 1)

*Chapitre 2 – Formation et IFAPME – Article 2
Chapitre 3 – Santé et Action sociale – Articles 5 à 7*

M. le Président. – L'ordre du jour appelle l'examen :

- du projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 (Doc. 542 (2020-2021) N° 1 à 1ter) ;
- du projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 pour les matières visées à l'article 138 de la Constitution (Doc. 543 (2020-2021) N° 1).

Désignation d'un rapporteur

M. le Président. – Nous devons désigner un rapporteur. Quelqu'un a-t-il une suggestion à faire ?

La parole est à M. Sahli.

M. Sahli (PS). – Je propose Mme Roberty comme rapporteuse.

M. le Président. – À l'unanimité des membres, Mme Roberty est désignée en qualité de rapporteuse.

Exposé de Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Mesdames et Messieurs les Parlementaires, le Parlement a octroyé au Gouvernement wallon les pouvoirs spéciaux à deux reprises : le 17 mars et, dernièrement, avec le décret du 29 octobre. Ce dernier texte est fondamental car c'est lui qui a permis au Gouvernement de prendre toutes les mesures utiles pour prévenir et traiter toute situation qui pose problème dans le cadre strict, comme c'était limité d'ailleurs, de la pandémie covid-19 et de ses conséquences, et qui doit être réglé en urgence sous peine de péril grave.

Ces pouvoirs spéciaux que vous avez octroyés à deux reprises – je vous en remercie – ont à chaque fois permis l'adoption de mesures qui se sont avérées indispensables pour faire face aux enjeux colossaux et à une rapidité plus importante d'exécution puisque l'on a dû gérer cette dernière année des moments intenses où il a fallu être extrêmement réactifs et qui continuent à nous mobiliser considérablement.

En ce qui concerne les projets de décret de confirmation de ces arrêtés de pouvoirs spéciaux soumis à votre analyse aujourd'hui, je me limiterai une fois de plus à rappeler ceux qui ont été adoptés dans les matières relevant de mes compétences. Le Gouvernement a adopté 21 arrêtés de ce type dans les deux derniers mois de l'année 2020. Il y en avait 6 de pouvoirs spéciaux qui ont été pris dans les secteurs qui concernent les compétences qu'on m'a confiées sous cette législature, à savoir les secteurs de l'emploi, de la formation, de la santé et de l'action sociale.

En l'occurrence, il s'agit de :

- l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 58 relatif aux diverses dispositions prises dans le cadre du Plan rebond Covid-19 en matière d'emploi, d'insertion socioprofessionnelle, en ce compris dans le champ de l'économie sociale ;
- l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 59 qui concerne diverses dispositions prises dans le cadre du Plan rebond Covid-19 en matière de formation professionnelle en vertu de l'article 138 de la Constitution ;
- l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 60 qui porte sur diverses dispositions prises en matière de financement des opérateurs de la santé, du

handicap dans le cadre de la gestion de la crise de Covid-19 ;

- l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 63 sur l'immunisation des subventions en matière d'action sociale et à certaines règles relatives au parcours d'intégration des primo-arrivants ;
- l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 64 qui modifie l'article 45 du décret du 19 décembre 2019 contenant le budget général des dépenses de la Région wallonne pour l'année 2020 et qui est relatif à la subvention aux services externes de prévention et de protection ;
- l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 68 insérant un article 47/17bis dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé relatif à la vaccination pour adultes contre le Covid-19.

Ces 6 arrêtés sont aujourd'hui à la confirmation de l'assemblée, comme les 11 arrêtés de pouvoirs spéciaux que j'avais soumis à votre confirmation pour la première vague en octobre dernier.

Vous verrez ou vous avez eu l'occasion de voir que la structure est identique au décret de confirmation de pouvoirs spéciaux qui ont été discutés en octobre. Ils sont à nouveau répartis entre les deux projets de décret selon qu'ils traitent des matières régionales ou de matières transférées à la Région wallonne par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Dans le cadre de la confirmation, les organes consultatifs qui n'avaient pas pu être consultés à l'époque en raison de l'urgence ont été invités à remettre leurs avis. Ces avis ont été pris en compte.

Chacun de ces textes a permis de prendre des mesures indispensables pour assurer le bon fonctionnement des services essentiels, de venir en soutien à des opérateurs qui ont terriblement souffert de la crise Covid. C'est ainsi que certaines règles prises ont permis notamment le principe de la prolongation de l'immunisation jusqu'au 31 mars 2021.

Pour rappel, la finalité était de garantir autant que possible la continuité des services essentiels aux bénéficiaires, plus particulièrement aux personnes les plus vulnérables, en permettant une adoption des activités pour qu'elles soient conformes à la fois aux règles de protection sanitaire qui étaient en vigueur, mais aussi aux cadres légaux wallons, ainsi que de garantir le subventionnement général. Si nous n'avions pas pu prendre ce type de dispositif, la survie des services aurait été menacée.

Il va sans dire – et je n'en doute pas – que vous partagez ma considération que les mesures relatives à l'immunisation du subventionnement régional pendant la période de crise pour des secteurs aussi essentiels sont et étaient incontournables.

Il s'agit aussi de mesures spécifiques liées à la gestion sanitaire, comme le principe d'adoption par voie

réglementaire de protocole de mise en œuvre des programmes de vaccination contre le Covid-19 pour la population adulte, point essentiel dans la lutte contre le coronavirus. Il serait fastidieux de rentrer dans le détail de chacun de ces textes d'entrée de jeu, mais je reste à votre disposition pour toutes questions que vous jugerez utiles sur chacun de ces arrêtés.

Discussion générale

M. le Président. – Je déclare la discussion générale ouverte et cède la parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Madame la Ministre, je vous remercie pour votre exposé et pour une série de mesures qui ont été prises et qui étaient bien nécessaires.

Je voudrais profiter de la présentation de ces arrêtés transformés en décrets pour vous demander, en ce qui concerne la mesure « Tremplin 24 mois + » qui a été mise en place dans le cadre des pouvoirs spéciaux, si ce dispositif particulier relativement nouveau dans les faits – ce n'était pas un renforcement de dispositifs déjà existants – a donné satisfaction, s'il a permis d'activer un certain nombre de personnes demanderesse d'emploi de longue durée. Cela a fourni un renfort appréciable pour les structures. Est-ce que vous envisagez de l'intégrer dans le cadre de l'évaluation des aides régionales à l'emploi ?

Vous avez mis en place 5 000 chèques ALE supplémentaires. Quelle en a été la « consommation » ? Comment se sont-ils répartis ? Est-ce que cela a permis, ou pas d'ouvrir de nouvelles perspectives pour le dispositif ALE ?

M. le Président. – La parole est à Mme Roberty.

Mme Roberty (PS). – Madame la Ministre, je ne vais pas revenir longuement sur un contexte que tout le monde connaît et dans lequel les pouvoirs spéciaux ont été demandés et octroyés une seconde fois au mois d'octobre dernier. Des arrêtés qui répondaient à une situation d'urgence en évolution constante et qui persiste comme on le sait aujourd'hui. Le Gouvernement disposait de 12 mois pour faire valider par le Parlement ces décrets portant confirmation des arrêtés de pouvoirs spéciaux. Pour mon groupe, je tiens à souligner, comme ce fût le cas lors de la première vague, la célérité avec laquelle le Gouvernement a engagé cette procédure de validation. Mon groupe s'inscrit donc dans un total soutien des mesures prises par le Gouvernement et soutiendra la validation de ces arrêtés de pouvoirs spéciaux.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Depuis un peu plus d'un an, on se prononce contre les pouvoirs spéciaux avec mon groupe. À l'époque nous étions confrontés à une

situation inédite, d'où notre abstention à ce moment-là. La période que nous avons vécu, et que nous vivons toujours, est particulièrement difficile. Elle demande à ce que l'on prenne des décisions fortes pour lutter contre la crise sanitaire et ses conséquences économiques, sociales et humaines. Nous trouvons qu'en aucun cas cela ne doit impliquer que l'on mette de côté la démocratie. Les députés doivent pouvoir continuer à contrôler le Gouvernement et à avoir leur mot à dire sur les décisions qui sont à prendre.

Au lieu de réduire le rôle du Parlement, le choix de faire appel à l'intelligence collective aurait pu être pris. Il faut donc plutôt une participation beaucoup plus intense du Parlement à tout le débat démocratique nécessaire pour trouver de bonnes solutions. Il y a pas mal de richesses dans ce Parlement, parmi les hommes et les femmes de terrain présents ici. Si on ne vient plus vers le Parlement, cela veut dire que l'on se coupe de cette force, de cette richesse, d'une force de proposition dans des temps qui sont difficiles et où beaucoup d'axes doivent être pris en compte.

De l'autre côté de la frontière linguistique, le Gouvernement flamand n'avait jamais demandé les pouvoirs spéciaux, même au plus fort de la première vague. Pourtant, la Communauté flamande a géré la crise de façon fort semblable à la Région wallonne. Cela démontre qu'il n'existe pas de lien mécanique entre pouvoirs spéciaux et bonne gestion de la crise sanitaire.

On note pas mal d'aspects positifs, ainsi que la prise de nombreuses bonnes mesures, mais en raison de notre opposition aux pouvoirs spéciaux. Cependant, les nombreux aspects positifs trouvés nous font nous abstenir sur les deux projets.

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – Je ne vais pas rappeler le contexte des pouvoirs spéciaux de cette seconde vague. Je veux juste souligner que grâce aux services nous avons pu continuer à travailler et le Parlement a pu continuer à travailler. On peut remercier le Gouvernement qui a fait l'effort, après quatre mois de la fin de l'arrêté des pouvoirs spéciaux, de venir devant le Parlement présenter. Je rappelle qu'ils avaient un an pour présenter ces pouvoirs spéciaux. On peut féliciter le travail démocratique fait à ce niveau. Par rapport aux pouvoirs spéciaux qui sont ici, j'avais une petite question. Plusieurs arrêtés concernent l'emploi, que ce soit les ALE, les MIRE ou via le FOREm, surtout dans la volonté d'aller aider les structures d'hébergement agréées par l'AViQ.

De manière générale, Madame la Ministre, ces mesures ont-elles été efficaces ? Combien de personnes ont pu aller aider dans ces structures ? On sait que lors de la première vague et lors de la seconde vague vous aviez mis en place une plateforme solidaire pour que les bénévoles ou d'autres personnes puissent aller travailler

auprès des structures d'hébergement. Dans le cadre de la commission spéciale, il avait été envisagé de pérenniser ce principe-là d'avoir une réserve de personnel pour aider à certains moments.

Quelle est votre analyse ? Quel est le travail qui est fait par rapport à cette plateforme ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Pour chaque ALE, je proposerais peut-être d'envoyer à Mme Greoli ou de transmettre au secrétariat les informations sur la manière dont on a travaillé pour avoir une représentativité et que les services qui le souhaitent puissent en disposer. Cela a été utile.

Sur la mesure « Tremplin 24 mois + », on n'a pas encore d'évaluation de la disposition, mais j'imagine que lorsque l'on aura la discussion que l'on a notamment avec le GPSW, d'évaluation pour le moment des aides à l'emploi et des aides à la formation, nous aurons à ce moment-là des informations que je vous donnerai.

Pour les 24 mois, on aura l'occasion à ce moment-là de revenir sur les chiffres.

Le PTB est constant par rapport à son abstention donc cela me semble tout à fait logique. Le PTB ne change pas d'avis, c'est cohérent. Je ne défends pas la position. Je trouve aussi que de ce point de vue là, ils ne sont pas polémiques ou démagogiques. Parfois, je trouve que vous l'êtes, mais cette fois-ci, en l'occurrence, vous ne l'êtes pas. Je le salue aussi.

Sinon pour les évaluations, Monsieur Heyvaert, vous m'avez posé des questions sur les plateformes.

(Réaction d'un intervenant)

La plateforme Solidarité a connu un succès incroyable et qui a dépassé nos espérances.

Le FOREm a fait un travail remarquable, d'autant qu'ils sont dans des circonstances, comme tout le monde, en télétravail et qu'ils ont sollicité des départements, pas uniquement le service entreprises du FOREm, sans quoi ils n'auraient pas été en capacité de prendre contact avec l'ensemble des personnes portées volontaires.

Environ 50 % des personnes qui se sont inscrites étaient des personnes qui souhaitaient avoir une relation contractuelle. C'était principalement des demandeurs d'emploi ou des personnes qui travaillaient à temps partiel et qui souhaitaient compléter leur temps de travail.

L'autre moitié était des bénévoles volontaires, principalement des personnes récemment à la retraite ou des personnes qui avaient un contrat de travail temps plein, mais qui souhaitaient prêter main forte dans le cadre de cet exercice de vaccination qui devait s'étaler sur environ six mois.

Les CV et les profils ont été « screenés » par l'ensemble des membres du FOREm. Des contacts ont été pris en fonction de l'expérience des personnes et de la valorisation de ce qui était recherché, à la fois les équipes médicales, mais aussi les équipes administratives.

On a pris contact quand les opérateurs ont été attribués dans le cadre des marchés publics lancés par l'AViQ. Le FOREm a transmis, par notre entremise, les informations sur le travail qu'ils avaient réalisé et pour lequel, en fonction des centres de vaccination, ils avaient également réalisé un travail géographique. Ce travail permettait d'envoyer, par exemple dans le Brabant wallon, les personnes qui habitaient tout près ou qui étaient d'accord d'y travailler. Les transferts ont été faits, à la fois pour les équipes médicales et pour les équipes administratives, puisque, comme vous le savez, c'était deux modes de fonctionnement différents. Deux entreprises ont remporté les marchés, des entreprises uniquement wallonnes qui ont sous-traité uniquement wallon pour la logistique de nos centres de vaccination, puis les équipes médicales gérées principalement par les cercles de médecine générale.

Il y a eu des contrats à durée déterminée, des contrats se sont faits aussi par l'intermédiaire du FOREm, mais qui sont passés, au niveau des opérateurs, notamment chez les médecins, par de l'intérim parce que c'était plus facile en termes d'organisation du travail. Parfois les gens viennent une semaine ou quelques jours, donc c'était très compliqué en termes de logistique et de secrétariat social. Généralement, ils ont préféré ce type de formules dites « hybrides », soit d'intérim, soit de contrat à durée déterminée.

Cela a permis de constituer des équipes qui ne se connaissaient pas, mais qui ont pu se compléter très vite. En outre, j'ai demandé que l'on puisse s'assurer que des bénévoles puissent venir en plus. Il y a une différence selon si c'est dans des équipes médicales ou au sein des équipes administratives. Ils passent soit par l'intermédiaire de la commune, soit par des dispositifs permettant que l'assurance soit couverte et que les bénévoles ne supplantent pas non plus les contrats de travail. C'était un équilibre – je pense qu'on avait déjà eu occasion d'en discuter – et les uns et les autres m'avaient demandé d'être attentive à cette situation. Donc, on a essayé de cadrer les choses au mieux.

Pour les ALE, je peux vous dire, Madame Greoli, qu'on a accordé des chèques à beaucoup d'opérateurs qui l'avaient demandé. Il nous est revenu que, pour un certain nombre d'entre eux, il était difficile de trouver

du personnel parce que le personnel qui preste quelques heures en plus de leur allocation de chômage – maximum une quarantaine d’heures par mois – le fait sur base volontaire, ce n’est pas une obligation. De plus, les activités autorisées étaient relativement restreintes et plutôt difficiles à élargir, sans être en concurrence avec des activités qui sont proposées sur le marché du travail traditionnel.

Vous le savez, c’est une définition fédérale des possibilités qui sont offertes par rapport aux années. Le panel est relativement étriqué.

Dernier élément, la crise a mobilisé toutes les ressources des établissements de sorte qu’il était difficile de trouver des collaborateurs pour accompagner et former aussi des travailleurs ALE. Bien entendu, il s’agissait surtout d’aides supplémentaires.

Vous devez également savoir que nous avons essayé de diversifier en tenant compte des expériences que l’on avait eues dans le cadre de la première vague et les enseignements qu’on avait pu en tirer. La Défense nationale est venue en aide, de manière beaucoup plus massive que lors de la première vague, avec des délais qui avaient été comprimés – on en avait discuté, notamment avec M. Dispa en commission –, pour réduire le délai d’intervention et cela a pu être le cas, de pouvoir travailler davantage avec des plateformes de bénévoles à pouvoir activer, avec le secteur de l’intérim, avec le secteur hospitalier qui a pu aussi prêter main-forte quand c’était possible. Ce fut beaucoup plus le cas en deuxième vague qu’en première pendant laquelle ils se sont retrouvés seuls.

Donc, Madame Greoli, nous avons eu une dizaine de structures concernées dans le cadre des chèques ALE. Si on devait avoir une quatrième vague, mais je préférerais ne pas vous dire cela. Après la deuxième, on avait quand même une grosse crainte d’en avoir une troisième, mais après la troisième et 30 % de vaccination et 80 % de taux de couverture pour les 75-84 ans, nous espérons que nous n’aurons pas de quatrième vague. On ne souhaitera pas renouveler l’expérience des chèques ALE contrairement aux mesures Tremplin.

L’idée était donc de tester la mesure Tremplin et voir comment l’adapter avant de déployer éventuellement à plus grande échelle ce dispositif de Tremplin 24.

Je pense avoir répondu à vos questions, mais je reste à votre disposition si cela n’était pas le cas.

M. le Président. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Je remercie Madame la Ministre. Je prends bonne note que le dispositif ALE ne sera pas reconduit si jamais. De toute façon, je pense que c’est un dispositif qu’il vaudra la peine d’évaluer plus globalement.

Par ailleurs, pour Tremplin 24 +, je prends aussi bonne note de la réponse de Madame la Ministre et nous aurons sans aucun doute l’occasion d’y revenir lorsqu’une évaluation plus complète sera disponible.

M. le Président. – Plus personne ne demandant la parole, je déclare la discussion générale close.

Je vous propose de voter via le logiciel et de dissocier les deux votes, donc, ne pas voter par article, mais voter sur l’ensemble des deux textes successivement.

**PROJET DE DÉCRET PORTANT
CONFIRMATION DES ARRÊTÉS DU
GOUVERNEMENT WALLON DE POUVOIRS
SPÉCIAUX PRIS DANS LE CADRE DE LA
GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LORS DE
LA DEUXIÈME VAGUE DU COVID-19
(DOC. 542 (2020-2021) N° 1 À 1TER)**

Chapitre 1er – Disposition budgétaire – Article 1er

*Chapitre 3 – Emploi, Formation et Économie sociale –
Article 4*

Examen et vote des articles

Art. 1er et 4

M. le Président. – Nous allons voter sur les articles 1er et 4 du projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 Doc. (542 (2020-2021) N° 1 à 1ter).

Les articles 1er et 4 ne font l’objet d’aucun commentaire.

Les articles 1er et 4 sont adoptés par 7 voix et 1 abstention.

**PROJET DE DÉCRET PORTANT
CONFIRMATION DES ARRÊTÉS DU
GOUVERNEMENT WALLON DE POUVOIRS
SPÉCIAUX PRIS DANS LE CADRE DE LA
GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LORS DE
LA DEUXIÈME VAGUE DU COVID-19 POUR LES
MATIÈRES VISÉES À L'ARTICLE 138 DE LA
CONSTITUTION
(DOC. 543 (2020-2021) N° 1)**

Chapitre 2 – Formation et IFAPME – Article 2

Chapitre 3 – Santé et Action sociale – Articles 5 à 7

Examen et vote des articles

Art. 2 et 5 à 7

M. le Président. – Nous allons voter sur les articles du projet de décret portant confirmation des arrêtés du Gouvernement wallon de pouvoirs spéciaux pris dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire lors de la deuxième vague du Covid-19 pour les matières visées à l'article 138 de la Constitution (Doc. 543 (2020-2021) N° 1).

Les articles 2 et 5 à 7 ne font l'objet d'aucun commentaire.

Les articles 2 et 5 à 7 sont adoptés par 7 voix et 1 abstention.

Je vous rappelle que le vote sur l'ensemble se fera vendredi en Commission des affaires générales et des relations internationales.

Confiance au président et au rapporteur

M. le Président. – La confiance est accordée, à l'unanimité des membres, au président et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

INTERPELLATIONS ET QUESTIONS ORALES

**INTERPELLATION DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« L'APPEL DE 170 PERSONNALITÉS POUR LA
LEVÉE DES BREVETS RELATIFS AUX
VACCINS CONTRE LA COVID-19 »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'appel de 170 personnalités pour la

levée des brevets relatifs aux vaccins contre la covid-19 ».

Mme Vandorpe, M. Heyvaert, Mmes Sobry se joignent à l'interpellation.

La parole est à Mme Lekane pour développer son interpellation.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, plus de 170 anciens chefs d'État ou de gouvernement et lauréats du prix Nobel ont appelé le président américain Joe Biden à renoncer aux brevets de propriété intellectuelle pour les vaccins contre le coronavirus. Je cite : « Que ce moment soit retenu dans l'histoire comme le moment où nous avons choisi de faire passer le droit collectif à la sécurité pour tous avant les monopoles commerciaux de quelques-uns », ceci est écrit dans une lettre ouverte de la coalition People's Vaccine Alliance, qui réunit plus de 50 organisations dont OXFAM, le Club de Madrid, forum regroupant d'anciens présidents et Premiers ministres, et ONUSIDA.

Parmi ces personnalités, on retrouve François Hollande, l'ancien chef du Gouvernement britannique Gordon Brown et l'ancienne présidente du Liberia Ellen Johnson Sirleaf.

Dans une situation d'urgence sanitaire, lorsque la priorité est donnée à la lutte contre le covid-19, il est toujours nécessaire de s'assurer que l'ensemble des moyens de luttés soient abordables pour l'ensemble des peuples. C'est le message de l'initiative européenne lancée par le collectif « Pas de profit sur la pandémie ». Comme vous le savez, le covid-19 se propage comme un feu de forêt. Les solutions doivent se propager encore plus rapidement. Personne n'est en sécurité tant que tout le monde n'a pas accès à des traitements et des vaccins sûrs et efficaces.

Garantir l'accès au vaccin est fondamental, tout aussi fondamental que le droit à la santé pour tous. C'est un choix solidaire, car, d'une part, on s'assure que toute personne souhaitant se faire vacciner ne sera pas contrainte d'y renoncer faute de moyens et, d'autre part, car plus le nombre de citoyens vaccinés sera élevé, plus hauts seront les remparts contre ce virus. Ce choix a un prix, mais c'est celui de la solidarité et de la juste rétribution de la recherche et de la production de ces vaccins.

Robin Guittard, porte-parole d'OXFAM France, a déclaré : « Le monde est dans une course contre la montre pour atteindre l'immunité collective qui pourrait permettre de maîtriser cette maladie, sauver des millions de vies et relancer nos économies. C'est une course que nous devons gagner avant que de nouvelles mutations ne rendent les vaccins existants obsolètes. Pourtant, l'appât du gain et la défense idéologique des profits de quelques-uns font que nous sommes en train de perdre cette course. En refusant de renoncer à leur propriété intellectuelle qui permettrait de partager leurs

technologies, des entreprises comme Moderna et Pfizer, rationnent artificiellement l'approvisionnement en vaccins efficaces dans l'espoir de récolter d'énormes plus-values financières. Pourtant ces deux entreprises ont bénéficié d'énormes subventions publiques pour la mise au point de ces vaccins. Cela coûtera des milliers de vies et prolongera inutilement la souffrance économique qui frappe la majorité d'entre nous ».

Le secrétaire général des Nations unies, M. António Guterres, avait, déjà à l'ouverture de la 75^{ème} édition de l'assemblée générale des Nations unies en septembre 2020, plaidé pour que le vaccin contre le covid-19 soit considéré comme un bien public au service de l'ensemble de la communauté humaine.

Début janvier 2021, l'Alliance en faveur d'un vaccin universel – People's Vaccine Alliance –, dont font partie plusieurs ONG dont Oxfam ou Amnesty International, nous apprenait que, au moment où les pays les plus riches entament des campagnes de vaccination à très grande échelle, parfois en achetant cinq fois plus de doses par rapport aux quantités jugées nécessaires comme au Canada par exemple, les populations des pays les plus pauvres risquaient de ne pas avoir accès au vaccin anti-covid-19 avant 2024, et ce, sans se préoccuper de l'inquiétant déséquilibre.

En effet, neuf personnes sur 10 n'auront pas accès au vaccin contre le covid-19 au cours de cette année 2021 dans près de 70 pays parmi les plus pauvres. Il s'agit d'une situation inacceptable qui démontre, une fois encore, que la lutte contre l'épidémie du covid-19 se déroule à plusieurs vitesses. Tout ceci en dépit des beaux discours que nous avons pu entendre il y a peu, au sommet du G20 des 21 et 22 novembre 2020, tout comme lors du dernier Sommet européen de Bruxelles des 9, 10 et 11 décembre 2020.

La réalité est sans appel : alors qu'ils ne représentent que 14 % de la population mondiale, les pays les plus riches ont pu bénéficier de près de 50 % des doses de vaccins en réalisant des précommandes massives. Les autres, qu'ils soient en Afrique, en Amérique latine ou dans les Caraïbes peuvent toujours patienter, n'étant pas en mesure de faire face à la montée des prix.

Pour accélérer la campagne et en finir avec notre dépendance aux livraisons de quelques grandes entreprises, il est nécessaire de lever les brevets sur ces vaccins et d'en faire un bien public. Cela permettrait notamment à plusieurs entreprises de produire des doses de vaccin. Ce qui serait non seulement profitable pour nous, mais aussi pour les autres pays, pour les pays du Sud qui sont honteusement mis de côté dans la répartition du vaccin à l'échelle internationale.

C'est aussi un juste retour des choses vu les énormes quantités d'argent public qui ont servi à financer la conception de ces vaccins. Ainsi, Pfizer et AstraZeneca

ont reçu, à eux deux, plus de 4 milliards de dollars d'argent public.

De nombreux producteurs de vaccin, que ce soit dans les pays en développement et dans les pays riches, ont potentiellement des capacités à disposition ou pourraient rapidement augmenter les capacités existantes s'ils avaient accès aux technologies et aux licences de propriété intellectuelle. Selon des données de l'UNICEF, seulement 43 % des capacités mondiales de production de vaccins covid-19 sont actuellement utilisées pour produire des vaccins qui ont été validés.

Allez-vous vous positionner pour la levée des brevets ? Avez-vous pris contact avec les différents niveaux de pouvoir pour que la Belgique soutienne cette levée ?

M. le Président. – La parole est à Mme Vandorpe qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

Mme Vandorpe (cdH). – Madame la Ministre, on a eu l'occasion en Fédération Wallonie-Bruxelles de voter une résolution qui se basait sur la position l'APF concernant ce sujet, mais pas vu exactement sous le même angle. On adhère à l'importance de l'accès au plus grand nombre à la vaccination contre le covid. Les dernières images que l'on a pu voir provenant de l'Inde n'ont fait que renforcer ce sentiment d'urgence autour de l'accès à la vaccination.

La Wallonie, si elle n'a pas de réelle prérogative, peut jouer un rôle en interpellant les autres niveaux de pouvoir.

On peut s'associer à certaines réflexions. Il s'agit d'un devoir moral pour les humanistes que nous sommes. Ce devoir s'impose à l'humanité entière. L'universalité des droits humains nous oblige dans cette matière à accorder la priorité au droit à la vie et à la santé de chaque être humain sur terre et nous interdit de permettre que ce droit fondamental soit bafoué par des réflexes d'égoïsme local, régional, national, voire continental.

Ensuite, on profite également de l'occasion pour rappeler que la question du covid nécessite une solidarité à tous les niveaux. La pandémie nous a appris combien la solidarité entre les personnes et les instances publiques à tous les niveaux est indispensable pour lutter efficacement contre le virus. La recherche a permis le développement rapide des vaccins disponibles sur le marché et a été financée de manière décisive grâce à l'apport de fonds publics émanant d'États, d'instances et d'organisations internationales. On ne peut, dès lors, pas accepter que l'accessibilité à ces vaccins soit régie par l'intérêt du profit, l'égoïsme des nantis et les lois aveugles du marché au bénéfice du plus offrant. On est bien d'accord.

Troisièmement, finalement, la pandémie, elle est mondiale, elle dépasse les frontières et donc on serait

aveugles et naïfs de croire qu'il suffit de se barricader derrière nos frontières de papier pour la combattre et protéger durablement nos populations. Outre la solidarité, la lucidité et la raison, il nous est imposé d'aider les pays pauvres, notamment en Afrique et en Asie, à vacciner rapidement et largement leurs ressortissants. Si demain, on laisse la maladie proliférer en dehors de nos frontières, on s'expose après-demain à une reprise de l'épidémie sur notre territoire également.

Le rythme actuel de production et de distribution du vaccin laissera le temps au virus de circuler, de muter, de tuer partout sur la planète. Ces mutations forceront finalement à inventer et à produire de nouveaux vaccins, des formes plus agressives du virus pourraient apparaître aussi. Finalement, moins nous vaccinons partout sur les cinq continents, plus nous risquons de voir apparaître des mutations aléatoires et dangereuses du virus.

Sans la pression publique, les firmes pharmaceutiques n'auraient pas concédé à libérer les brevets des traitements contre le SIDA à l'époque dans les pays à faibles revenus et cette pression, couplée à une information globale, a permis d'engranger des résultats salutaires pour toutes les populations. Il faut donc pouvoir organiser la priorisation du vaccin à l'échelle internationale selon le seul indicateur de vulnérabilité.

Pour nous, vraiment, le droit à la santé est universel et le devoir des gouvernants de soigner constitue une urgence non négociable. C'est vrai : comment imaginer qu'une pandémie mondiale ait pour seule réponse une approche réservée aux pays les plus riches ? Ce serait à la fois une faillite éthique et sanitaire. Je rejoins mon excellent collègue René Collin qui a eu l'occasion de défendre ce point de vue à l'APF et en Fédération Wallonie-Bruxelles et c'est cette position-là que nous défendons également aujourd'hui, de pouvoir appuyer auprès des chefs d'États et de gouvernements à se concerter et à s'engager pour que les vaccins contre le covid-19 soient considérés comme des biens communs universels.

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

M. Heyvaert (Ecolo). – Madame la Ministre, je ne pouvais pas ne pas intervenir sur un sujet aussi important. Je ne vais pas reprendre tous les arguments que ma collègue a pu mettre sur l'importance d'avoir cette vision internationale contre la pandémie, on n'y arrivera pas seuls. La Belgique n'y arrivera pas seule, l'Europe n'y arrivera pas seule, c'est vraiment le monde entier qui doit combattre et on sait que les vaccins sont une arme de destruction massive face à ce virus.

Bien sûr, les brevets sont une chose importante, il faut pouvoir libérer cette obligation de brevet et pouvoir permettre à tout un chacun de pouvoir produire ces

vaccins. Mais en levant les brevets, en faisant seulement cette mesure-là, on n'y arrivera pas. Il faudra clairement accompagner les pays à toute la production.

Là, la Wallonie peut jouer un rôle important dans ce soutien à la production. On ne le dit jamais assez, mais la Wallonie est quand même reconnue à travers le monde comme ayant une compétence industrielle, pharmaceutique importante. Je pense alors que, du point de vue de la Belgique et du point de vue de la Wallonie plus particulièrement, on peut se positionner comme étant acteur réel de ce combat international contre le virus.

À travers la question, je voulais voir avec Mme la Ministre si avec son collègue, M. Borsus, il y a vraiment une volonté d'avancer pour pouvoir aider à travers le monde, à cette production de vaccins, parce que le jour où on lève les brevets, il faudra encore les produire et je pense que la Wallonie a réellement une compétence pour le faire.

M. le Président. – La parole est à Mme Sobry qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

Mme Sobry (MR). – Madame la Ministre, tout d'abord, personne n'a l'air de le dire, mais j'ai l'impression que l'on sort un peu du champ de compétences et du Parlement wallon ou même du Gouvernement wallon en la matière. C'est soit le Fédéral, soit le niveau européen qui doit surtout se prononcer et trancher sur la question. D'ailleurs, Sophie Wilmès sera, sauf erreur de ma part, interrogée sur le sujet cet après-midi en commission. La ministre qui tire pour la coopération au développement a elle aussi été interrogée. On est d'accord sur le fait qu'il est, bien sûr, de la plus haute importance que chacun ait accès aux médicaments et aux vaccins nécessaires. Ils offrent la perspective de contrôler la pandémie. L'Union européenne a un rôle important à jouer dans la distribution des vaccins et déploie déjà des efforts considérables au niveau multilatéral, européen et même bilatéral, notamment par le biais du mécanisme COVAX. L'UE est aussi, à ce jour, une des seules qui continue d'exporter massivement ses vaccins.

Comme d'autres chefs d'État le pensent, on pense qu'il est bon d'appeler notamment les pays qui disposent de vaccins à les partager avec les pays les plus démunis. L'accès aux médicaments et aux vaccins suscite beaucoup d'inquiétude dans les pays en développement qui sont légitimes. Il faut écouter ces inquiétudes. La Belgique soutient la Commission dans le dialogue qui est continuellement mené pour mieux comprendre tous les obstacles auxquels ces pays sont confrontés.

La Commission européenne s'oppose à la proposition de dérogation en estimant, au même titre que les États-Unis, le Royaume-Uni, le Mexique, le Japon et d'autres, qu'elle ne constitue pas le bon instrument pour atteindre notre objectif qui est commun.

Le système de propriété intellectuelle qui est en vigueur actuellement à l'OMC crée déjà, en soi, un cadre pour la coopération et le transfert de connaissances nécessaires à l'augmentation de la capacité de production. D'aucuns en jugeront, mais la Commission privilégie des accords de coopération avec les entreprises qui produisent les vaccins et les initiatives volontaires de licences de production. S'il devait s'avérer que ces initiatives n'ont pas l'effet escompté, si des indices suffisants montrent que la propriété intellectuelle constitue véritablement un obstacle à l'accès au vaccin, il conviendra alors effectivement d'étudier une levée, qu'elle soit complète ou temporaire des brevets des vaccins tout en assurant que les modalités de mise en œuvre ne constituent pas un frein potentiel à l'innovation actuelle et future pour les acteurs de la recherche et du développement de ces produits.

La Commission européenne s'est par ailleurs dite « prête » le cas échéant à aider les pays concernés, à mettre en œuvre les flexibilités qui existent déjà dans le cadre de l'accord sur les ADPIC. Il ne faudrait pas non plus minimiser le fait que la distribution de vaccins à l'échelle mondiale est avant tout un défi logistique, un défi au niveau – je vois que le président me fait signe d'accélérer – logistique et au niveau du transfert des technologies.

Je vais terminer sur ma position, mais j'avais juste une question pour la ministre- dans le cadre de l'interpellation, c'est à savoir si la Wallonie qui dispose de dose est effectivement en contact avec le Fédéral sur un quelconque engagement à partager ? Des discussions sur le sujet ont-elles eu lieu ? Continuent-elles à avoir lieu en CIM santé ou en bilatéral avec les ministres compétents ?

M. le Président. – Je ne voulais pas vous perturber, Madame Sobry, mais quand on se joint à une interpellation, c'est théoriquement 3 minutes. Nous étions bien au-delà.

La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Mesdames et Monsieur les Députés, je vous remercie pour ce sujet qui est particulièrement intéressant. J'avais déjà eu l'occasion de vous exprimer mon intérêt, même si comme cela a été dit pertinemment par Mme Vandorpe, cela ne relève malheureusement pas des compétences de la Région wallonne. Cela ne m'empêche pas d'avoir un intérêt certain et d'utiliser mes différents relais pour demander que l'on agisse au niveau de pouvoir européen, voire que le Fédéral puisque la Belgique est dans le cadre d'un marché groupé sur l'achat de vaccins et aussi de discussions avec l'Union européenne sur cette question de levée de vaccins.

Je vais décliner ma réponse avec deux éléments. Le premier concerne la production de vaccins et comment nos entreprises wallonnes, qui sont un fleuron dans le secteur pharmaceutique, peuvent contribuer à augmenter la production de vaccins. C'est un sujet qui relève en partie de nous, parce qu'avec mon collègue M. Borsus, ministre de l'Économie et de la Recherche, nous avons travaillé ensemble pour essayer de valoriser au maximum nos entreprises. Aujourd'hui, quatre entreprises sont officiellement impliquées dans des morceaux de production de vaccins ; c'est aussi le fruit et la réussite du plan Marshall qui a été mené il y a maintenant 20 ans et qui a permis, grâce à des investissements publics, de faire en sorte qu'il y ait de la création d'emplois, de la création de richesses. Il y a aujourd'hui en Wallonie 46 000 travailleurs occupés dans le secteur du pharma et qui contribuent à sauver des vies et à avoir une valeur ajoutée en termes de compétences et de santé publique.

Nous avons essayé de travailler avec le secteur pharma pour voir dans quelle mesure ces entreprises pouvaient réorienter leur production vers la production de vaccins et s'adapter. La dernière en date, celle qui n'a pas répondu en tant que telle aux 52 entreprises supplémentaires qui se sont investies... Vous savez que l'Union européenne avait demandé quelles entreprises pouvaient produire ou seraient adaptées et avait proposé des créneaux. Celle qui est venue après, mais qui a néanmoins une belle expertise, c'est Mithra puisqu'elle a, comme société pharmaceutique, développé une ligne de production qui vient d'Allemagne et qui peut être utilisée. On attendait l'avis de l'Agence fédérale des médicaments qui doit arriver fin avril pour savoir s'ils peuvent se lancer dans le conditionnement des vaccins. Cela pourrait contribuer à aider l'Union européenne, les citoyens de l'Europe, mais aussi des pays en voie de développement dans le cadre du programme Covax.

Ensuite, je le fais rarement, mais je suis aussi, au-delà d'être ministre, membre d'un parti qui a fait une résolution à la Chambre sur la levée des brevets. Je suis favorable à cette proposition de résolution qui explique que, depuis maintenant un an, la pandémie soumet les populations à beaucoup de pressions sanitaires, qui sont aussi sociales et économiques. Chez nous, la campagne de vaccination est bien entamée et l'on a fait un choix chez nous, que le vaccin est gratuit. Cette garantie d'accès au vaccin est fondamentale, tout aussi fondamentale que le droit à la santé pour tous. C'est un choix solidaire parce que, d'une part, on assure que toute personne qui souhaite se faire vacciner ne sera pas contrainte d'y renoncer faute de moyens, et d'autre part parce que plus le nombre de citoyens vaccinés sera élevé plus hauts seront les remparts contre ce virus.

Ce choix a un prix, mais c'est celui de la solidarité et de la juste rétribution de la recherche et de la production de ces vaccins. Ce choix de l'accès universel, qui consiste à offrir la gratuité de ce vaccin et des traitements, devrait être envisagé au niveau mondial. Un

sondage a été réalisé en octobre dernier par le CNCd 11.11.11, où les Belges s'étaient exprimés à l'unisson sur les besoins de solidarité, notamment l'accès pour tous à un vaccin contre le covid. Il fallait que la Belgique porte ce message à la fois à l'échelon européen, mais aussi à l'ONU.

Le Gouvernement fédéral a porté ce choix solidaire lors de la session spéciale, au nom de la Belgique, des Nations unies sur le covid-19 en décembre dernier, mais aussi au sommet européen les 9, 10 et 11 décembre. Le Secrétaire général des Nations unies Guterres avait déjà, à l'occasion de l'ouverture de la 75e session de l'Assemblée générale des Nations unies en septembre, plaidé pour que le vaccin contre le covid soit considéré comme un bien public au service de l'ensemble de la communauté, et ce, alors que l'Organisation mondiale du commerce s'était déjà vivement opposée aux propositions et fort de l'Organisation mondiale de la santé à ce sujet.

Ce choix solidaire ne s'impose pas encore au monde entier. En janvier, l'Alliance en faveur d'un vaccin universel, dont font partie plusieurs ONG, nous apprenait que, au moment où les pays les plus riches entamaient des campagnes de vaccination à très grande échelle, les populations des pays pauvres risquaient de ne pas avoir accès au vaccin avant plusieurs années, et ce, sans se préoccuper de l'inquiétant déséquilibre. En effet, neuf personnes sur dix risquaient de ne pas avoir accès au vaccin contre le covid-19 au cours de 2021 dans près de 70 pays parmi les plus pauvres. Cette situation me paraît inacceptable et démontre que la lutte contre l'épidémie se déroule à plusieurs vitesses ; la réalité est sans appel. Alors qu'ils ne représentent que 14 % de la population mondiale, les pays les plus riches ont, aujourd'hui, 50 % des doses de vaccin en réalisant des précommandes massives. Les autres peuvent toujours patienter, n'étant pas en mesure de faire face à la montée des prix, indépendamment du programme Covax indispensable pour faire en sorte que la solidarité joue.

Par-delà l'injustice de la situation, il y a aussi un problème de santé publique mondiale. De manière égoïste, ceux qui sont contre la solidarité en général peuvent se dire qu'aujourd'hui, il y a dans le monde des gens qui continueront à être malades ; le virus va circuler, les variants se multiplieront et auront des conséquences sur des populations qui sont vaccinées, mais dont l'efficacité des vaccins sera amoindrie par les mutations de ce vaccin. Même pour les plus sceptiques à l'égard de la solidarité internationale, il y a un enjeu commun pour essayer de faire face dans ce combat. Le mécanisme Covax existe – je ne vais pas y revenir – avec les 190 pays et la solidarité. La ministre de la Coopération et au Développement a débloqué 4 millions d'euros dans ce cadre. La demande formulée, c'est de faire du vaccin un bien public, casser le monopole confirmé aux firmes pharmaceutiques par le truchement de leur brevet. Une initiative citoyenne européenne,

Right to cure, rassemble pour le moment plus de 130 organisations de la société civile, pour rendre les gouvernements moins dépendants du secteur pharmaceutique et de résoudre les problèmes de retard de production et d'inégalité d'accès au vaccin dans le monde. C'est en faisant du vaccin un bien public que l'on pourra réduire les inégalités qui frappent une partie de la population mondiale privée d'accès au traitement et au vaccin. Octroyer le caractère de bien public du vaccin ne me semble pas être incompatible avec la recherche, la production et la commercialisation de celui-ci, même si j'ai bien conscience que c'est un sujet extrêmement compliqué et qu'il pourrait, une fois que l'on rentre dans cette levée du brevet, avoir des conséquences potentielles sur la recherche. Il y a des effets pervers auxquels il convient d'être attentif. Sachez que le parti dans lequel je suis investie, en l'occurrence le PS, s'était toujours positionné pour affirmer la primauté des droits de l'Homme, en particulier du droit à la santé de toutes et de tous sur les intérêts commerciaux, industriels et financiers. Il n'est pas logique qu'en matière de santé, ce soit l'Organisation mondiale du commerce qui fixe les règles, et non l'Organisation mondiale de la santé.

Cette résolution, qui a été déposée et à laquelle je souscris pleinement, a pour objectif d'insister sur l'importance pour la Belgique de porter ce message : inscrire ce vaccin dans le domaine public sans brevet au service de la santé pour tous. On doit continuer à porter ce message aux Nations unies, à l'Organisation mondiale du commerce, mais aussi auprès de l'Union européenne. L'humanité tout entière est confrontée à la pandémie. Chaque être humain doit être protégé et protéger l'autre.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Sur la levée des brevets et pas uniquement sur la reconnaissance du vaccin comme un bien universel, je voudrais appuyer ma réplique là-dessus.

Dans les faits, si on ne lève pas les brevets, le vaccin ne nous appartient pas ; il appartient aux quelques détenteurs de ces brevets. Sans cela, il ne sera pas un bien commun universel. On parle bien ici de levée et non pas uniquement de reconnaissance, vu que l'un ne va pas sans l'autre.

On est content d'entendre que, au niveau de la Région wallonne, on se positionne sur un avis favorable à la levée des brevets. On n'avait pas eu la réponse et on était venu quelques fois avec cette question. C'est une bonne chose, car il va bien falloir que cela vienne de quelque part, et d'aller beaucoup plus en profondeur et pas uniquement sur une reconnaissance.

Au niveau de l'État fédéral, c'est la levée que nous vous demandons de porter, Madame la Ministre.

Donc voilà, je vous remercie pour votre attention.

(Réactions dans l'assemblée)

M. le Président. – La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Oui, en tout cas réagir puisque, vous l'avez entendu dans mon intervention, nous avons déposé une résolution au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui a été soutenue par la majorité de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Suite à cette interpellation, nous allons déposer une motion qui reprend les différents éléments identiques à ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles, donc le texte va arriver sous peu, et nous proposons bien sûr la cosignature aux partis qui le désirent.

M. le Président. – Madame Lekane, vous avez omis quelque chose ?

La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Oui, j'ai omis aussi que par rapport à la levée des brevets, on déposait aussi une motion suite à mon interpellation.

M. le Président. – Fort bien. Tout cela étant dit, nous pouvons passer à la question...

Monsieur Heyvaert, excusez-moi, je vous avais pas vu lever la main.

La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – Pas de souci. C'était pour remercier Mme la Ministre pour ses réponses et pour cette prise de position importante.

Comme vous l'avez dit – je pense que la Wallonie est reconnue en termes de production industrielle pharmaceutique et je pense qu'elle a réellement un rôle à jouer dans cette lutte contre la pandémie.

C'est vrai que je partage pas les propos de ma collègue Mme Sobry en disant que c'est pas une compétence de la Wallonie. Quand on est un être humain sur cette terre, on est concerné par ce problème, on est tous touchés par la pandémie et donc il faut absolument une solidarité. C'est peut-être des petites gouttes d'eau qui vont faire qu'à un moment donné, on va réellement créer une vague qui va faire changer d'avis certains grands dirigeants de ce monde. C'est vrai la Wallonie on n'est qu'une petite goutte d'eau dans l'océan du monde – mais c'est important que l'on puisse avancer et répéter tant qu'il le faut que ce vaccin doit être accessible à tous.

M. le Président. – Mme Sobry souhaite par ailleurs manifestement réagir.

La parole est à Mme Sobry.

Mme Sobry (MR). – Oui, mais c'est juste un tout petit mot très bref parce que je suis interpellée.

On est des êtres humains, et je suis aussi pour la solidarité, mais être des êtres humains ne nous donne pas les clés de décider ce qui est de la compétence ou non de nos institutions. C'était juste pour dire cela.

Je persiste en pensant comme d'ailleurs Mme Vandorpe l'a fait, et Mme la ministre l'a fait aussi, à dire que l'on sort un petit peu du cadre de compétence de la Wallonie, et cela ne remet en rien mon caractère humain en cause.

M. le Président. – Tant d'humanité, de bienveillance, termineront le propos.

Des motions ont été déposées en conclusion de l'interpellation de Mme Lekane. La première, motivée, a été déposée par Mme Lekane (Doc. 554 (2020-2021) N° 1), la deuxième, motivée, par Mmes Vandorpe et Greoli (Doc. 555 (2020-2021) N° 1) et la troisième, pure et simple, par M. Legasse, Mmes Sobry, Laffut, M. Heyvaert et Mme Roberty (Doc. 556 (2020-2021) N° 1).

L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE MME CASSART-MAILLEUX À MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR « LA DÉTECTION DE LA CHARGE VIRALE DES TESTS PCR ET LES INCOHÉRENCES RELEVÉES ENTRE LES CENTRES DE TESTING, LE TRACING ET LES LABORATOIRES »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Cassart-Mailleux à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la détection de la charge virale des tests PCR et les incohérences relevées entre les centres de *testing*, le *tracing* et les laboratoires ».

La parole est à Mme Cassart-Mailleux pour poser sa question.

Mme Cassart-Mailleux (MR). – Madame la Ministre, un test PCR positif ne signifie pas nécessairement que vous êtes porteurs du covid-19 ni contagieux. En effet, les personnes positives ne transporteraient parfois qu'une infime quantité du virus tellement insignifiante que des patients positifs seraient au final très peu, voire pas du tout contagieux. Ce constat illustre la question du taux de la charge virale nécessaire pour déclarer un test PCR positif.

Concrètement, plus les cycles Ct, c'est-à-dire les résultats de la charge du cycle de seuil obtenus sont faibles, plus la charge virale est élevée, et donc la contagiosité importante.

À l'heure actuelle, et si mes informations sont correctes, les cycles supérieurs à 37 sont considérés comme négatifs par les laboratoires. Or, il me revient que le *tracing* géré et organisé par la Région considère qu'au-delà de 31, le test est négatif car la probabilité de transmission du virus est très faible.

Ces asymétries vous sont-elles connues ? Dans l'affirmative, comment expliquez-vous que les laboratoires et le *tracing* utiliseraient des seuils différents ?

Ce fait aurait-il été relevé en CIM Santé ou lors d'une *task force* interfédérale ? Qui fixe ces seuils et sur quelles bases sont-ils établis ? Ces seuils fluctuent-ils en fonction de l'évolution de la pandémie ?

Que font nos voisins européens ? Ne serait-il pas plus opportun d'avoir une stratégie cohérente et de fixer une charge virale commune aux laboratoires et au *tracing* afin de définir si, oui ou non, une personne est positive et contagieuse ? À défaut, cela pourrait biaiser le suivi de l'épidémie sur notre territoire.

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, les laboratoires sont chargés de détecter la présence de virus dans les échantillons qu'on leur demande d'analyser selon des procédures déterminées par les autorités de santé compétentes. En l'occurrence, c'est une compétence fédérale.

C'est le Centre national de référence et Sciensano qui définissent ensemble ces procédures et ces seuils pour l'ensemble du pays. C'est sur base des personnes dépistées positives et dont les résultats ont été encodés dans la base de données Sciensano que le *tracing* va enclencher ou s'enclenche, que l'on soit en Wallonie ou ailleurs dans le pays. Le *tracing* wallon ne décide pas du seuil.

Rappelons que la mise en quarantaine est une mesure de prophylaxie visant à interrompre la transmission du virus. Un test est une donnée à un instant donné. La prévention par le dépistage et la mise en quarantaine des personnes positives doivent rester des mesures prioritaires, en particulier dans la perspective d'un déconfinement.

M. le Président. – La parole est à Mme Cassart-Mailleux.

Mme Cassart-Mailleux (MR). – Madame la Ministre, j'ai bien compris que les seuils étaient déterminés ailleurs et que ce n'était pas de votre compétence.

Par ailleurs, je vous trouve assez succincte et brève dans votre réponse. Les affirmations que je vous donne sont contradictoires, même un peu aberrantes : 31 et 37 sont des chiffres sont différents. Il faudrait avoir une harmonisation.

Par contre, je vous rejoins tout à fait lorsque vous parlez du *tracing*, de la prévention, il est clair que l'objectif premier est de sortir de cette pandémie ; que les tests et le *tracing* puissent se faire.

Dans cette analyse, il y a certaines incohérences que je soulève et pour lesquelles je n'ai pas reçu de réponse.

**QUESTION ORALE DE MME VANDORPE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA LUTTE CONTRE LE SURPOIDS »**

**QUESTION ORALE DE MME GALANT À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« L'INACTIVITÉ PHYSIQUE ET SES
CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les questions orales à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes de :

- Mme Vandorpe, sur « la lutte contre le surpoids » ;
- Mme Galant, sur « l'inactivité physique et ses conséquences sur la santé ».

La parole est à Mme Vandorpe pour poser sa question.

Mme Vandorpe (cdH). – Madame la Ministre, les chiffres de la dernière enquête de santé menée par Sciensano au sein de la population belge mettent en évidence que 42 % des personnes de 18 ans et plus ont indiqué qu'elles ont pris du poids au cours de l'année écoulée. L'équipe de Sciensano a aussi montré que les principaux facteurs de prise de poids au cours de la crise sont une consommation accrue de collations sucrées ou salées, et une diminution dans la pratique de l'activité physique.

D'ailleurs, il y a quelques jours la Ligue cardiologique belge réitérait sa campagne Please, stand up and move pour lutter contre la sédentarité liée au

confinement et au télétravail. La ligue rappelle que l'inactivité physique serait associée à une augmentation de 24 % du risque de maladies cardiovasculaires mortelles, de 16 % du risque d'accident vasculaire cérébral et de 42 % du risque de diabète.

Sur base de ces multiples constats, il faut plus que jamais renforcer les mesures qui aident la population à adopter des comportements plus sains pour lutter contre le surpoids et l'obésité, en particulier pendant la pandémie que nous vivons.

Le Plan wallon de promotion de la santé adopté en 2019 consacre un chapitre entier à la promotion de l'activité physique et de l'alimentation. Des actions concrètes avaient été identifiées avec l'aide de différents secteurs. Un accent particulier avait été mis sur la nécessaire transversalité des mesures et sur la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Madame la Ministre, pourriez-vous nous expliquer quelles sont les actions que vous avez mises œuvre ou que vous envisagez pour contrer les effets de la sédentarité et du surpoids qui l'accompagne ? Comment allez-vous concrétiser la transversalité des approches nécessaires pour cette promotion de la santé ?

M. le Président. – La parole est à Mme Galant pour poser sa question.

Mme Galant (MR). – Madame la Ministre, le constat est clair et l'on s'en doutait, nous sommes nombreux à ne pas bouger assez. En 2014, l'Institut scientifique de santé publique, Sciensano, pointait dans un rapport sur l'activité physique et la sédentarité le fait qu'une personne sur cinq restait assise plus de 8 heures par jour en Belgique. Depuis, la crise sanitaire, le confinement et le télétravail n'ont certainement pas amélioré la situation avec notamment le déplacement vers son lieu de travail qui n'est plus nécessaire et qui était pour certains l'occasion de pratiquer la marche ou le vélo, sans oublier aussi la fermeture des salles de sport depuis des mois.

La Belgique est le sixième pays européen où le taux moyen passé en position assise est le plus élevé. Dans une étude, l'université d'Oxford pointe les risques liés à l'inactivité physique qui serait associée à une augmentation de 24 % du risque de maladies cardiovasculaires, 16 % du risque d'accident cérébral et de 42 % le risque de diabète.

La sédentarité représente l'un des principaux facteurs de risque de mortalité liée aux maladies non transmissibles et environ 3,2 millions de décès chaque année sont attribuables au manque d'exercice. La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde.

Madame la Ministre, quelles sont les actions que vous envisagez pour encourager les Wallons à bouger

davantage ? Des campagnes de sensibilisation ont-elles lieu ?

Des projets sont-ils à l'étude en sortie de crise sanitaire ?

La problématique est-elle parfois abordée en concertation avec les ministres compétentes en matière d'Enseignement afin d'encourager le sport et/ou l'activité physique dès le plus jeune âge jusqu'à la vie professionnelle ? Si oui, que ressort-il de ces discussions ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Mesdames les Députées, je voudrais souligner ceci : vous avez dressé un constat, Madame Galant, mais je vois que vous êtes vous-même engagée dans la lutte contre la sédentarité en pratiquant une activité sportive régulière. Je vous en félicite. En outre, cela libère des endorphines, c'est bon pour la santé, cela développe des hormones du plaisir et je pense que, par les temps qui courent, il ne faut pas boudier son plaisir.

L'activité physique et l'alimentation sont, comme vous le dites, des déterminants sociaux de la santé importants par leurs effets protecteurs sur la santé vis-à-vis des maladies chroniques et en prévention de l'obésité tant chez les adultes que les enfants.

Les enquêtes de santé covid menées par Sciensano montrent effectivement que la crise sanitaire a accentué les comportements sédentaires et les risques pour la santé associés.

Plusieurs subventions ont été octroyées dans ce sens et en accord avec les objectifs fixés par le WAPPS pour cette année. Je pense notamment à un projet pilote visant à fournir une collation équilibrée, durable et gratuite aux enfants des écoles à encadrement pédagogique différencié porté par Influences-végétales au titre de coordinateur du Collectif Développement des Cantines Durables, que nous allons d'ailleurs pouvoir inaugurer.

Je pense aussi à un projet de promotion alimentation saine milieu familial, scolaire, de travail et au niveau des snacks via des formations en ligne et une application portée par l'ASBL AKITNA.

Un projet d'accompagnement social et de sensibilisation à l'alimentation saine qui s'appelle « Entre nous, Femmes » et porté par le Service Entraide Migrants.

Un projet d'amélioration de l'accès à alimentation saine porté par l'ASBL Li Cramignon De Bouche à Oreille.

Le soutien à la mise en place d'une formation nutrition des travailleurs en maison de repos – maisons de repos et de soins – par l'UPDLF.

Une enquête de consommation alimentaire et d'activité physique menée par Sciensano.

Un projet de prévention de l'obésité et des maladies métaboliques dans les écoles du Pays de Charleroi porté par l'Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi, mais aussi la mise en place d'une formation à destination des infirmiers, cuisiniers et référents nutrition dans les maisons de repos – maisons de repos et de soins en collaboration de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Par ailleurs, en ce qui concerne la promotion de l'activité physique, elle a été intégrée à la campagne de prévention covid qui est en cours depuis décembre 2020.

M. le Président. – La parole est à Mme Vanderpe.

Mme Vanderpe (cdH). – Merci, Madame la Ministre, pour ces éléments de réponse. Il est vrai que l'on constate une évolution du comportement des gens en raison de la crise avec le télétravail notamment aussi. On sait également, comme vous le disiez bien justement, que le sport permet aussi de pouvoir décompresser et amener aussi du positif et pas uniquement avoir un physique en bonne santé. Il faut absolument pouvoir continuer et agir sur cette situation pour éviter que les générations à venir deviennent finalement des générations d'obèses. En effet, on voit qu'il y a déjà clairement un impact aussi sur la jeunesse, qui n'a plus de sport à l'école, qui n'a plus de sport en extrascolaire, qui n'a plus nécessairement le repas complet à l'école non plus et mange des tartines le midi, alors que parfois c'était le seul repas possible sur la journée.

Cela a vraiment un impact sur la suite. Il faudra y être clairement attentif.

Au-delà des mesures prises précédemment, il faudra vraiment mettre un *focus* sur les augmentations de cette année pour pouvoir agir correctement.

M. le Président. – La parole est à Mme Galant.

Mme Galant (MR). – Madame la Ministre, je pense que, quand vous étiez députée, vous étiez déjà fort attentive au sport, vu que vous étiez intervenue par rapport à la combinaison sport et école. Je pense que la concertation avec les différents niveaux de pouvoir est vraiment importante pour que cela parte de la base, cette envie de faire du sport.

Vous avez raison, depuis le confinement, je me suis mise au sport. Je peux vous dire que, quand on commence, on ne sait plus s'arrêter. J'ai déjà fait deux semi-marathons depuis février. Je pense qu'il faut

vraiment donner l'envie et je pense que le bouche-à-oreille est la meilleure solution aussi, par des quartiers, des maisons d'association, vraiment donner cette envie de faire du sport, parce que, comme vous le dites, on se sent en superforme. On a vraiment la pêche. Je pense qu'il faut vraiment inciter les jeunes à faire du sport dès le plus jeune âge.

Pour l'après-covid, il faut penser à tous ces modules pour aérer les salles de sports, peut-être en concertation avec votre collègue aussi, M. Crucke, de voir ce que l'on peut faire pour les infrastructures, pour vraiment les aérer, pour permettre le sport après la crise.

**QUESTION ORALE DE M. BASTIN À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE PROJET DE SÉANCE DE
SENSIBILISATION ET DE FORMATION DES
PROFESSIONNELS DE SOINS DE SANTÉ
MENTALE AU CENTRE RÉGIONAL
PSYCHIATRIQUE « LES MARRONNIERS » »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Bastin à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le projet de séance de sensibilisation et de formation des professionnels de soins de santé mentale au Centre régional psychiatrique « Les Marronniers » ».

La parole est à M. Bastin pour poser sa question.

M. Bastin (cdH). – Madame la Ministre, le 1er septembre 2020, vous répondiez à une de mes questions écrites concernant le centre psychiatrique « Les Marronniers » et vous me répondiez ceci : « Par ailleurs, un comité régional de prévention des radicalismes violents a été mis en place. Il renforce l'échange d'expertise entre différentes directions générales et organismes d'intérêt public wallons. Un représentant du Centre régional psychiatrique « Les Marronniers » siège au sein de ce comité. Vu les difficultés liées à la radicalisation violente qui concernaient cette institution de soins, une prise de contact avec les services de sécurité a été organisée. Les professionnels ne disposaient pas des outils nécessaires pour faire face à cette problématique dans leur pratique professionnelle. Un projet de séance de sensibilisation et de formation des professionnels de soins de santé mentale de ce centre est d'ailleurs en cours d'élaboration. »

Nous sommes maintenant ici fin avril.

De quelles difficultés liées à la radicalisation violente est-il concrètement question ? L'élaboration du projet de séance de sensibilisation et de formation des

professionnels de soins de santé mentale de ce centre est-elle terminée ? Le projet a-t-il concrètement débuté sur place ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, à la suite des attentats de Bruxelles en mars 2016, le CRP « Les Marronniers » n'a pas échappé aux questionnements relatifs au phénomène de la radicalisation et c'est ainsi qu'un membre de la direction a été intégré au Réseau des correspondants radicalisme du service public de Wallonie.

Dans le courant de l'année 2018, le CRP « Les Marronniers » a été confronté au problème de transferts de personnes internées, considérées par l'administration pénitentiaire comme à risque en matière de radicalisation. Le CRP ne disposait d'aucune information officielle et s'est à juste titre inquiété de la situation.

Le ministre de la Justice a donc été interpellé. Cette interpellation a donné suite à des rencontres constructives entre l'OCAM, l'administration pénitentiaire et le CRP. Depuis, lorsqu'une personne internée au CRP « Les Marronniers » est considérée potentiellement à risque en matière de radicalisme, l'institution est automatiquement informée par l'OCAM et/ou par les services de la police locale.

En matière de formation, le Centre d'aide et de prise en charge de toute personne concernée par les extrémismes et radicalismes violents, que l'on appelle le CAPREV, de la Fédération Wallonie Bruxelles a eu l'occasion de donner, au bénéfice de travailleurs du CRP « Les Marronniers », un aperçu des services qu'ils pouvaient apporter dans la prise en charge de personnes radicalisées. Une formation spécifique à destination des médecins et cadres du CRP a été menée.

Compte tenu de la crise covid qui a fortement mobilisé l'ensemble du personnel du CRP, cette formation a été repoussée et sera réenvisagée lorsque la crise sanitaire le permettra tant sur l'aspect logistique que sur l'aspect de la disponibilité des médecins et des cadres.

J'étais au CRP les Marronniers il y a deux ou trois jours. Ils avaient seulement envisagé de lever les mesures de sortie au sein de l'institution et dans ses alentours puisque l'ensemble des résidents et du personnel était vacciné.

Je pense qu'ils vont reprendre progressivement ce type de formation.

M. le Président. – La parole est à M. Bastin.

M. Bastin (cdH). – Je vous remercie, Madame la Ministre, pour votre réponse.

Je reviendrai vers vous après le covid, quand ces formations auront eu lieu et voir surtout ce qu'il en est au niveau de l'évaluation de celles-ci et de la suite dans ce CRP.

**QUESTION ORALE DE M. HEYVAERT À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA STRATÉGIE DE GESTION DE L'ÉPIDÉMIE
DE COVID-19 »**

**QUESTION ORALE DE M. HEYVAERT À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA STRATÉGIE DE VACCINATION »**

**QUESTION ORALE DE MME LAFFUT À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LES INCOHÉRENCES SURVENUES DANS LE
FONCTIONNEMENT DES ANTENNES DE
VACCINATION COVID-19 »**

**QUESTION ORALE DE MME GALANT À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA VACCINATION DES POLICIERS ET
GARDIENS DE PRISON »**

**QUESTION ORALE DE MME VANDORPE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA VACCINATION DES MIGRANTS »**

**QUESTION ORALE DE MME SOBRY À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA CAPACITÉ DU DISPOSITIF VACCINAL
WALLON À SUIVRE L'ACCÉLÉRATION DES
LIVRAISONS DE VACCINS ANTI-COVID »**

**QUESTION ORALE DE MME ROBERTY À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« L'ÉVOLUTION DE LA CAMPAGNE DE
VACCINATION CONTRE LE SARS-COV-2 »**

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA CARTE BLANCHE D'EXPERTS SUR LA
STRATÉGIE DE VACCINATION »**

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA TRANSPARENCE RELATIVE AUX
INFORMATIONS SUR LA COVID-19 »**

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA VACCINATION DES PLUS DE 80 ANS »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les questions orales à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes de :

- M. Heyvaert, sur « la stratégie de gestion de l'épidémie de covid-19 » ;
- M. Heyvaert, sur « la stratégie de vaccination » ;
- Mme Laffut, sur « les incohérences survenues dans le fonctionnement des antennes de vaccination covid-19 » ;
- Mme Galant, sur « la vaccination des policiers et gardiens de prison » ;
- Mme Vandorpe, sur « la vaccination des migrants » ;
- Mme Sobry, sur « la capacité du dispositif vaccinal wallon à suivre l'accélération des livraisons de vaccins anti-covid » ;
- Mme Roberty, sur « l'évolution de la campagne de vaccination contre le SARS-CoV-2 » ;
- Mme Lekane, sur « la carte blanche d'experts sur la stratégie de vaccination » ;
- Mme Lekane, sur « la transparence relative aux informations sur la covid-19 » ;
- Mme Lekane, sur « la vaccination des plus de 80 ans ».

La parole est à M. Heyvaert pour poser ses questions.

M. Heyvaert (Ecolo). – Madame la Ministre, il y a trois semaines, lorsque nous étions encore assemblés lors du débat sur la stratégie de gestion de l'épidémie, j'étais arrivé avec l'idée de vivre malgré le virus. J'avais fait un plaidoyer sur cette stratégie.

Quelques semaines plus tard, des experts n'ont certainement pas repris mon idée, c'était plutôt l'inverse,

soyons clairs. Ces experts ont fait une très belle sortie médiatique et ils l'expliquent beaucoup mieux que moi.

Cette stratégie de vivre malgré le virus a été reprise de manière timide lors du CODECO.

Je voulais voir avec vous si au sein du RAG, du RMG, au sein des CIM Santé si cet aspect de stratégie de vivre malgré le virus est abordé.

Comment créer des lieux où l'on parle de zéro covid ou quasi zéro-covid ?

Par rapport à la vaccination, depuis quelques jours, les médias ont découvert qu'il y avait une adhésion moindre du côté francophone que du côté néerlandophone. Il y a eu des sorties un peu abracadabrantesques ce week-end sur cette situation. On rappelle que cette situation était attendue, malheureusement. On sait que l'adhésion du côté francophone est toujours moindre dans les autres types de vaccins.

Quelles sont les mesures prises du côté francophone pour avoir plus d'adhésion ?

C'est vrai que le premier signe est arrivé suite à la couverture vaccinale des professionnels de la santé en maisons de repos où le chiffre est moins élevé en Wallonie par rapport à la Flandre. C'était une situation attendue. Quelles mesures prenez-vous par rapport à cela ?

On entend de plus en plus le chiffre de 70 % de la population vaccinée pour sortir. Depuis le début, j'explique que ce chiffre n'est qu'une formule mathématique. Il doit être remis en question.

J'avais expliqué que ce serait dangereux parce que ce serait votre bulletin à la fin de la vaccination. On voit que cela va même plus loin puisque l'on donne des perspectives d'ouverture si des chiffres de couverture de vaccination sont atteints.

Il y a là un réel danger par rapport à ce chiffre repris un peu partout. Je rappelle que ce n'est une formule mathématique, ce n'est pas une formule scientifique. Ce chiffre doit être confronté à la réalité et il doit l'être aussi en fonction d'un objectif. Veut-on atteindre l'immunité collective ? Si l'immunité collective et l'éradication du virus sont des objectifs louables, ils doivent être mondiaux, et pas seulement concerner la Belgique.

Les chiffres sont-ils juste là pour protéger les personnes les plus à risque ? Si oui, on doit avoir un taux certainement plus élevé pour les personnes plus âgées que pour des personnes plus jeunes.

Je voulais voir avec vous si, au sein de la CIM, s'il y avait des discussions par rapport à ce chiffre de 70 % qui est mis un peu à toutes les sauces et qui va nous

permettre d'avoir des réouvertures alors que la situation épidémique n'est pas du tout la même. Ce chiffre est même maintenant un problème communautaire.

L'adhésion à la vaccination, on connaît les mécanismes, on sait qu'il faut de la pédagogie auprès de la population, et je pense qu'il faut de la pédagogie dans toutes les langues. On a entendu qu'en Belgique on ne pourrait pas essayer d'atteindre toutes les populations. C'est important, si l'on veut une réelle adhésion et si l'on veut que le virus arrête de circuler dans toutes les communautés, que l'on puisse sensibiliser dans toutes les langues.

À partir de juin, vous avez annoncé que la Wallonie aurait 400 000 vaccins à injecter par semaine. Vous aviez aussi annoncé, depuis de nombreuses semaines, que la Wallonie était capable de vacciner 200 000 personnes à travers les centres de vaccination. Nous arrivons au mois de juin, où l'on va avoir quasiment le double de vaccins par rapport à la capacité des centres de vaccination.

Quelles sont les pistes envisagées pour accélérer cette vaccination ?

Quelques pistes sont déjà connues : on sait que les médecins généralistes sont en demande de pouvoir aider la vaccination. On sait que c'était compliqué avec le fait que l'on n'avait pas assez de vaccins, qu'en termes de logistique c'était assez compliqué. Maintenant, nous avons le vaccin Johnson & Johnson. Comment allez-vous pouvoir impliquer les médecins généralistes dans cette stratégie au mois de juin quand on aura beaucoup plus de vaccins ? C'est aussi une manière d'atteindre l'adhésion, puisque l'on sait que le médecin généraliste est la personne référente en termes de santé pour beaucoup de nos concitoyens.

Un des problèmes sera d'avoir le personnel soignant pour pouvoir vacciner, donc une autre piste serait d'avoir du personnel soignant à disposition. Dans les hôpitaux, ils ont du personnel soignant et des patients qui peuvent être aussi vaccinés, donc ils ont aussi la capacité logistique d'avoir ces vaccins. Il faudrait voir si cette piste est envisagée.

Aujourd'hui, on annonce que les pharmaciens sont en formation pour aussi vacciner. Est-ce une piste envisagée pour le mois de juin ?

Deux autres endroits que l'on oublie un peu, mais où il y a aussi du personnel infirmier qui peut faire ces injections, ce sont les PSE pour les écoles, à certaines entreprises qui ont des infirmiers où la vaccination pourrait être faite aussi.

M. le Président. – La parole est à Mme Laffut pour poser sa question.

Mme Laffut (MR). – Madame la Ministre, ouverte le lundi 12 avril, l'antenne de vaccination de Bouillon,

unique antenne en Province de Luxembourg, a fermé ses portes le mercredi 14, soit deux jours plus tard. Selon le coordinateur provincial pour la vaccination, M. Delrée, elle ne rouvrira qu'en juillet pour l'administration d'une deuxième dose au millier de personnes qui l'a fréquentée durant ces trois jours.

Si l'on se réfère aux modalités de fonctionnement établies pour ces antennes prévoyant notamment une ouverture une semaine sur trois pendant une période d'une semaine et sept cycles de passage par lieu programmés jusqu'à fin août, on ne peut que s'étonner de cette fermeture rapide. D'autant que les raisons avancées par le responsable provincial portent sur l'inefficacité de la structure en question : trop petit nombre de personnes concernées, difficile conservation du vaccin dans les petites unités, mobilisation supplémentaire d'un personnel médical limité notamment. Il était pourtant prévu que les membres du personnel médical et paramédical qui pratiquaient les actes de vaccination soient mis à disposition par le Cercle de médecine générale.

La situation de l'antenne de Bouillon est-elle un cas isolé ?

Comment n'avoir pu éviter cette situation tellement prévisible, mais aux effets assez dommageables sur la population luxembourgeoise ?

Des actions correctives et/ou des aménagements particuliers sont-ils prévus ?

Qu'en est-il dans les 11 autres antennes de vaccination de la Région ? Fonctionnent-elles bien selon les modalités annoncées ? Quel est l'état de la situation aujourd'hui ?

M. le Président. – La parole est à Mme Galant pour poser sa question.

Mme Galant (MR). – Madame la Ministre, la vaccination dans les commissariats était l'un des souhaits principaux des syndicats policiers ces derniers mois. Ceux-ci semblent avoir été entendus. Le chiffre de 90 % des policiers déjà vaccinés est avancé par certains, d'autres le tempèrent. Ce pourcentage de 90 % de policiers vaccinés est-il confirmé ? Si non, qu'en est-il pour le territoire wallon ? Une résistance au vaccin dans les forces de l'ordre a-t-elle été observée ?

Début mars, en raison notamment de couacs dans les convocations, les coordinateurs des centres de vaccination devaient et doivent encore s'organiser pour administrer les doses résiduelles, et les responsables de collectivités ont été contactés, dont les zones de police ou encore les pompiers.

L'ensemble des services de police ont-ils été contactés ou uniquement les membres ou services les plus exposés au virus ?

À l'heure où les couacs dans les convocations semblent avoir été résolus et où le QVAX, la liste de réserve grand public pour bénéficier le plus rapidement possible d'un vaccin covid-19 est lancé, comment ces professions prioritaires, ces professionnels qui sont susceptibles d'être en contact plus fréquent avec le covid-19 trouveront leur place dans la vaccination résiduelle ?

Quid également du personnel pénitentier ? Ma collègue Mme Nikolic vous avait interrogé fin mars sur la prison de Lantin. Début février, un accord avait été passé pour la vaccination du personnel pénitentiaire et infirmier de la section covid de la prison de Bruges, ainsi que pour la section des personnes âgées de la prison de Merksplas.

Pourquoi un tel accord n'a pas pu être conclu avec la section covid de la prison de Lantin notamment ? Ce personnel spécifique est-il bien repris, soit dans la phase 1B avec les personnes exerçant une fonction critique d'intervention, ou dans la liste des professions prioritaires à la vaccination pour les doses surnuméraires ?

M. le Président. – La parole est à Mme Vandorpe pour poser sa question.

Mme Vandorpe (cdH). – Madame la Ministre, au moment de déposer ma question, nous étions encore dans l'incertitude sur le vaccin Johnson et Johnson. Nous avons maintenant un peu plus d'éléments.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler, notamment le 16 mars en commission. Vous nous aviez dit qu'il n'y avait un groupe de travail au niveau intrabelge qui s'était mis en place, pour s'assurer que sur les Roms, les SDF, les transmigrants, les personnes les plus précarisées, une procédure particulière d'enregistrement soit mise en place et harmonisée sur l'ensemble de la Belgique.

Je voulais revenir avec vous sur cette question des réfugiés qui est un public particulièrement vulnérable, très mobile et réticent à être enregistré et suivi.

Pour ce public, il faut assurer que l'enregistrement des vaccins ne serve pas à recueillir des informations sur le statut migratoire, et ni à les communiquer aux autorités chargées de l'application des lois sur l'immigration. Des pare-feux clairs entre l'application des lois sur l'immigration et la fourniture de vaccins anti-covid-19 doivent être édictés. C'est d'ailleurs ce qui est recommandé par les défenseurs des droits humains, et notamment par le Réseau des Nations Unies sur les migrations.

Comme je le disais, vous vous étiez engagée à ce que toutes les personnes puissent bénéficier de la vaccination sans distinction. Quatre mois après le début de la campagne de vaccination, pouvez-vous nous dire où en est la vaccination des migrants, et particulièrement des migrants en situation irrégulière ?

Quelle est votre stratégie pour que ce public bénéficie de la vaccination sans craindre d'être inquiété ? Les centres pour réfugiés ont-ils pu bénéficier de la priorité comme d'autres institutions ont pu l'être ? Avez-vous fait appel aux associations de terrain pour organiser la communication et la sensibilisation autour de l'importance de la vaccination ?

M. le Président. – La parole est à Mme Sobry pour poser sa question.

Mme Sobry (MR). – Madame la Ministre, je vous promets de rester scrupuleusement dans le cadre de la question orale que je vous ai soumise. L'aspect communautaire qui pourrait être donné au déconfinement m'intéresse aussi, mais à moins d'être devin ou d'avoir des contacts très rapprochés avec Wouterbeek, on ne pouvait pas avoir connaissance de ces données au moment de rédiger ces questions orales.

J'ai envie d'être positive pour cette question orale, puisque la *task force* fédérale vaccination fédérale a annoncé une accélération des livraisons des vaccins, avec près de 270 000 vaccins livrés en Belgique pour la semaine dernière, près de 400 000 seront réceptionnés cette semaine. La semaine prochaine, ce nombre de livraisons doublera encore, puisque l'on parle d'atteindre plus de 800 000 doses de vaccins livrées dans notre pays.

L'arrivée en grand nombre des doses Johnson et Johnson, couplée à la probable approbation du vaccin CureVac vont aussi contribuer à ce que cette accélération continue, pour atteindre un rythme bien plus important que le rythme actuel et précédent. Ces livraisons massives de vaccins sont réjouissantes, mais elles ne pourront être véritablement bénéfiques que si le dispositif vaccinal de la Wallonie peut s'adapter aussi à ce nouveau rythme qui sera toujours plus soutenu, que ce soit au niveau de la convocation des citoyens ou au niveau de l'organisation des centres de vaccination. Une adaptation va être nécessaire pour pouvoir suivre cette cadence toujours plus importante.

Mes questions, Madame la Ministre, sont les suivantes. Les différents acteurs de la procédure de convocation à la vaccination sont-ils prêts à suivre ce rythme accru ?

Les centres de vaccination, qu'ils soient majeurs, de proximité ou les antennes, sont-ils tous bien rodés, opérationnels et suffisamment équipés ? Le seront-ils le cas échéant ? Seront-ils bien en capacité de faire en sorte que les doses reçues sur le territoire soient administrées dès leur réception ? Des changements organisationnels, je pense, par exemple aux heures d'ouverture des centres, mais pas seulement, auront lieu ou devront avoir lieu pour pouvoir assumer cette accélération des livraisons.

M. le Président. – La parole est à Mme Roberty pour poser sa question.

Mme Roberty (PS). – Madame la Ministre, aujourd'hui, 1 wallon sur 4 a reçu sa première dose du vaccin contre le virus SARS-CoV-2 ce qui représente à nouveau un grand espoir vers un retour à une vie un peu plus normale dans les prochaines semaines.

Un espoir considérable, mais cette campagne reste aussi un défi de taille, notamment en lien avec les difficultés rencontrées avec certains vaccins. Ainsi, la *task force* vaccination a par exemple été amené à revoir les règles d'injection du vaccin AstraZeneca en limitant celui-ci aux plus de 41 ans.

L'Europe annonçait récemment que face aux difficultés rencontrées dans les livraisons de ce vaccin, le contrat ne serait sans doute pas reconduit. Hier, nous apprenions également que l'Union européenne décidant de lancer une action en justice contre le laboratoire auquel elle reproche de ne pas avoir respecté les termes du contrat qui les liait, une péripétie de plus. Quel sera l'impact d'un non-renouvellement du contrat AstraZeneca sur la campagne initiée en Wallonie ?

D'un autre côté, le vaccin Johnson & Johnson a également été pointé pour les risques de thrombose qu'il provoquerait. Dans ma question, telle que déposée il y a quelques jours, je vous interrogeais sur l'homologation du vaccin. Nous savons maintenant qu'il a été décidé de l'administrer sans limites d'âge. Pouvez-vous, Madame la Ministre, éventuellement revenir sur cette décision pour le vaccin Johnson & Johnson ? De manière générale, une nouvelle stratégie va-t-elle être décidée par le Gouvernement afin d'assurer les futures phases ? Comment la *task force* vaccination entend-elle obtenir les doses non reçues, mais commandées ? Le cas échéant, comme palliera-t-elle le manque de doses ?

D'un autre côté, afin d'assurer qu'aucune dose ne soit jetée, la plateforme Qvax a été ouverte. Elle doit permettre d'éviter un contournement des priorités établies. Nous pouvons déjà nous réjouir de son succès puisque de nombreuses doses ont pu être administrées via cette liste. Cependant, tous les centres n'y adhérant pas, certains ont contourné les priorités, comme ce fut le cas à Soignies avec des enseignants qui auraient été vaccinés hors des priorités actuelles.

Comment avez-vous renforcé les mesures pour assurer la vaccination selon les règles définies par la CIM Santé et pour qu'aucun centre ne les contourne ? Avez-vous donné la consigne que les centres de vaccination soient tous inscrits dans Qvax ? Les bugs rencontrés par Qvax lors du lancement ont-ils été résolus ?

Dernièrement, la CIM a aussi décidé d'inclure les athlètes olympiques et le personnel pénitentiaire dans les priorités. D'autres fonctions critiques seront-elles ajoutées ? Qu'en est-il, par exemple, des enseignants, mais également de nos puéricultrices ou puériculteurs

s'il en existe – et je sais qu'il en existe – ou du personnel de la petite enfance ?

Enfin, si vous me le permettez, je souhaiterais revenir sur la déclaration du ministre-président flamand qui évoquait ce week-end de meilleurs résultats pour la Flandre en ce qui concerne le taux de vaccination et considérait que des assouplissements pourraient dès lors être envisagés plus tôt au nord du pays.

Madame la Ministre, je sais que vous avez déjà réagi à ces propos. Comment interprétez-vous cette déclaration invitant à un déconfinement différent de chaque côté de la frontière linguistique ?

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane pour poser ses questions.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, dans une carte blanche parue le 12 avril dernier, plusieurs experts estimaient qu'il fallait changer la stratégie face à l'épidémie de la covid-19.

Ils mettent en avant divers dispositifs : des dispositifs de ventilation, des dispositifs de désinfection de l'air, des filtres EPA, des détecteurs de CO₂, des protocoles de circulation, et cetera. Selon eux, ces dispositifs existent et devraient être mobilisés pour contribuer à faire de nos lieux publics des endroits où la transmission peut être réduite quitte à les compléter par des protocoles additionnels comme le port du masque ou l'utilisation de tests pendant des périodes plus sensibles.

Dans le cadre de la crise, allez-vous préconiser l'utilisation de dispositifs de ventilation, de dispositifs de désinfection de l'air et les autres dispositifs dont j'ai parlé ?

Prévoyez-vous des aides financières pour aider les secteurs à installer ce genre de dispositifs, comme les secteurs de l'HORECA et de la culture ?

Voilà pour ma première question par rapport à la carte blanche d'experts sur la stratégie de vaccination.

Ma deuxième question porte sur la transparence dans les informations covid.

Madame la Ministre, la confiance des citoyens dans la vaccination et dans les actions des gouvernements est un élément central dans la lutte contre la covid-19. Cette confiance passe par un accès aux données de la vaccination par le grand public. Cet accès doit être simple et clair. Le citoyen doit trouver facilement le nombre de contaminations, le taux de transmission de la maladie mais aussi les sources de contamination. Il serait intéressant pour le citoyen de savoir d'où viennent les contaminations. Un professeur de l'UCL résume cela en une phrase : « Pour gagner l'adhésion des citoyens, on a intérêt à ne rien leur cacher ».

En Flandre, le Vaccinatieteller permet d'identifier par commune, par catégorie d'âge et par sexe quelles sont les personnes qui sont vaccinées une fois et les personnes vaccinées une deuxième fois.

Allez-vous organiser la publication des sources de contamination et des chiffres de la vaccination de manière quotidienne et accessible sur un site géré par l'AViQ sous la tutelle du Gouvernement wallon ?

Enfin, ma troisième question porte sur la vaccination des plus de 80 ans. Madame la Ministre, le 20 avril dernier, nous apprenions que 28 % des personnes de plus de 80 ans, soit les personnes les plus vulnérables, n'avaient pas été vaccinées alors que toutes les convocations avaient été envoyées.

Selon le journal télévisé du jour, cela a poussé la Région wallonne à lancer l'opération « Re Vax 80+ », destinée à clôturer la vaccination des personnes de 80 ans et plus. Le *call center* vaccination, le 0800/45019, a été spécialement aménagé pour l'occasion. Des opérateurs dédiés à l'action « ReVax 80+ » répondront ainsi spécifiquement aux appelants. L'opération, qui n'est pas destinée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer bénéficiant d'une vaccination à domicile, durera 10 jours à dater du mercredi après-midi de cette semaine-là.

Comment expliquez-vous ce manque d'engagement de cette partie de la population qui est pourtant particulièrement à risque ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Tellier.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Mesdames les Députés, je vous remercie toutes et tous pour vos questions et l'intérêt que vous continuez de porter à cet enjeu crucial de la vaccination dans cet exercice inédit, jamais arrivé jusqu'alors au cours du dernier siècle, où toute la population mondiale doit se faire vacciner en même temps, avec les mêmes produits. Cela demande une organisation incroyable avec, derrière, des milliers et des milliers de personnes qui sont mobilisées dans un intérêt qui nous dépasse tous.

Des médecins, des pharmaciens, des personnes qui prêtent main-forte dans le secteur administratif, dans le nettoyage, dans tous ces secteurs et qui font en sorte que cela soit un succès et que l'on sorte de cette période qui nous aura plongés dans la léthargie.

Au moment où vous avez rédigé vos questions, vous parliez de 25 % de vaccination et vous avez dit : « Un quart des Wallons ont été vaccinés ». Aujourd'hui, on a passé le seuil des 30 %. En une semaine, on a augmenté de manière considérable. On savait que les trois premiers mois étaient destinés à la base aux professionnels de la santé, aux maisons de repos et

maisons de repos et de soins, et puis que l'on allait avoir une augmentation du nombre de vaccins dans le deuxième trimestre. Cela s'est révélé être vrai. On était, en première ou deuxième semaine de vaccination, à 26 000 doses en Wallonie par semaine. On est, cette fois-ci, à 159 000 doses administrées cette semaine, soit plus de cinq fois plus qu'en début de campagne. Cette accélération devrait continuer à se poursuivre avec, comme vous l'avez dit, Monsieur Heyvaert, une montée en puissance, qui va même au-delà de ce que nous attendions, avec un pic, grâce aux négociations qui ont été menées, notamment par l'Union européenne et la Belgique, pour faire en sorte que nous ayons, en Wallonie, pendant le mois de mai, jusqu'à 250 000 vaccins par semaine, principalement vers la fin du mois de mai, et, au mois de juin, des pics avec 400 000 vaccins par semaine à administrer aux Wallons et aux Wallonnes.

Il est évident que cela demande encore une logistique et que l'on doit décupler encore les efforts, mais notre volonté est évidemment de les écouler et de faire en sorte que, en mobilisant les efforts du personnel et en pouvant s'asseoir sur l'expertise des 52 centres de vaccination de Wallonie, nous puissions les administrer sans délai.

On est passé de 25 % à 30 % et l'on a aussi augmenté dans les taux de vaccination. On est, aujourd'hui, à égalité exacte avec la Flandre. La Wallonie et la Flandre avancent et administrent des vaccins au même rythme que la Région voisine. Au même rythme, cela veut dire que, en première dose, il y a, en Wallonie, 30 % de gens qui ont reçu leur première dose, contre 31 % en Flandre et, dans les personnes totalement vaccinées, nous avons, en Wallonie, vacciné 9 % de la population, contre 8 % en Flandre. Nous pouvons dire que les efforts fournis par chacune des Régions conduisent à des résultats concrets qui placent la Belgique dans le top 6 ou le top 7 des meilleurs pays européens. Et encore, quand je dis top 6 ou top 7, je devrais décompter les pays qui ont passé, de manière bilatérale, des contrats en brisant quelque part l'accord de l'Union européenne. Sans quoi, nous serions dans le top 5 de la vaccination au niveau européen, avec un délai, entre le moment où les doses arrivent en Belgique et le moment où elles sont administrées, des plus courts.

L'État fédéral et l'équipe, avec, autour, des ministres de la Santé, constituent une équipe qui fonctionne globalement très bien. Nous travaillons ensemble et nous nous serrons les coudes. Ces résultats entre le Fédéral et les entités fédérées donnent de bons résultats. Je voudrais remercier toutes les équipes qui y contribuent. Je pense notamment au Commissariat général fédéral, mais aussi à la délégation générale derrière Yvon Englert, et aussi à l'AViQ, qui mobilise des forces pour faire en sorte que cette stratégie de vaccination continue d'enregistrer des résultats et fasse en sorte que nous passions, dans les prochaines semaines, dans un basculement qui nous permette de

reprandre petit à petit pied avec la liberté et avec la normalité à laquelle nous aspirons tant.

Le dernier élément, c'est l'hésitation vaccinale. En début de campagne, on nous avait dit, dans les enquêtes d'intention de vaccination, que 50 % à 60 % des personnes souhaitaient se faire vacciner. On avait à peu près six Wallons sur dix qui souhaitaient se faire vacciner. On avait dit avoir conscience que, en Wallonie et du côté francophone, il y a une hésitation vaccinale. Nous sommes tournés, assez culturellement, vers la France, qui est l'un des pays les plus « antivax » du monde. Cela interfère dans la confiance et dans le doute sur les réseaux sociaux, avec des thèses complotistes, et le doute qui s'instille et qui, malheureusement, a des effets qu'il faut pouvoir contrer par de la sensibilisation, par de la mobilisation, par du travail de prévention et de communication de la part de tous les professionnels de la santé. Je pense principalement aux médecins généralistes, aux médecins spécialistes, aux pharmaciens. Ces professions-là sont les personnes en qui les gens ont le plus confiance et donc, quand on demande à son médecin ou à son pharmacien, si lui aussi va se faire vacciner ou s'il conseille la vaccination, sa réponse va être déterminante. Donc, c'est un partenariat, ce n'est jamais le succès d'une seule personne, même s'il y en a une qui est plus visible que les autres comme ministre wallonne de la Santé, mais c'est le succès de son équipe dans son ensemble.

Je peux vous dire que, hier, j'ai encore passé un moment Yvon Englert et les médecins généralistes pour discuter avec eux de la stratégie de vaccination et du travail que nous devons mener tous ensemble pour aller ratisser derrière, dans les patients que l'on voit moins, dans les patients qui ne se sont pas rendus dans un centre de vaccination, dans ceux qui ont hésité pour faire en sorte de faire monter le taux de protection à l'égard des personnes qui sont les plus fragiles au covid.

Les plus fragiles sont principalement les personnes qui ont plus de 65 ans ou des personnes qui sont atteintes de comorbidité. Il suffit de prendre contact avec n'importe quel professionnel des unités de soins intensifs ou du service des urgences de tous les hôpitaux de Belgique ou de Wallonie, ils vous diront : « Aujourd'hui, dans les unités de soins intensifs, on a 600-700 personnes qui ont entre 55 et 75 ans en moyenne et qui sont atteintes de comorbidité ».

J'avais un témoignage d'un responsable de service d'un hôpital qui me disait : « Christie, samedi, je discutais encore avec une dame qui était au service des urgences et dont la situation s'aggravait de minute en minute. Je lui ai demandé pourquoi elle ne s'était pas fait vacciner ou si elle avait pu être vaccinée. Elle m'a répondu : « Oui, oui, j'ai reçu ma convocation, mais je m'étais dit que j'allais attendre » ». Il était très ému en me disant cela, parce que cette dame venait de décéder.

Je crois qu'il faut que chacun ait conscience que c'est une course contre la montre, mais c'est aussi une course contre la mort. La seule manière de nous en sortir à la fois collectivement, mais aussi individuellement, c'est de nous protéger. Pour le moment, c'est nous protéger à l'égard des personnes qui sont les plus fragiles et demain, quand on abordera – et cela va se passer très vite – la vaccination du grand public qui est en bonne santé, c'est de se protéger pour protéger les autres. On sera moins dans un esprit de protection individuelle, mais de volonté d'en finir avec ce foutu virus qui nous pourrit la vie depuis un an.

C'est en faisant sorte que le virus ne circule plus et pas uniquement de penser à « Est-ce que je pourrais, moi, avoir un covid sévère ? » J'en discutais avec mon collaborateur qui me disait : « Moi, je suis jeune ». Mais, beaucoup de ses copains disent : « Nous, on ne va pas se faire vacciner parce qu'on n'a pas de risque ». Non, ils n'ont pas de risques, c'est vrai. Ils ont peu de chance, même si cela peut arriver, de développer un covid sévère.

Mais encore une fois, si le virus circule, le virus va muter automatiquement, c'est naturel. S'il mute, il va forcément risquer de provoquer des maladies chez des personnes qui sont vaccinées parce que le variant va circuler.

C'est vrai au niveau mondial aussi. Je le disais tout à l'heure, c'est la solidarité internationale qui fera en sorte que l'on viendra à bout de ce virus et que les pays les plus riches doivent contribuer à payer des vaccins et à organiser ou à soutenir les pays dans l'organisation de la vaccination dans des conditions qui, certes, ne sont pas faciles.

Il ne suffit pas de dire : « On donne des vaccins à des pays en voie de développement ». Il faut aussi organiser toute la logistique. Vous conviendrez avec moi, parce que l'on est tous devenus un peu des spécialistes de la vaccination maintenant, que les produits qui existent aujourd'hui – et qui sont commercialisés ou qui sont autorisés – le sont dans des conditions qui sont assez contraignantes.

Autant c'est un exercice formidable de pouvoir compter sur une vaccination dans un délai aussi court, autant la manière de pouvoir l'administrer est extrêmement contraignante. On sait que les sociétés pharmaceutiques travaillent à améliorer ce dispositif-là, mais cela prendra encore du temps avant d'avoir des moyens d'injection qui soient plus pratiques, notamment dans ces pays-là.

Alors, on savait que l'hésitation vaccinale était plus grande chez nous. Je fais une parenthèse un peu grande : 60 %, je disais, dans les enquêtes, 70 % des gens, sept personnes sur 10 se vaccinent assez rapidement, surtout dans les personnes de plus de 65 ans.

Mais à partir de sept sur dix, cela devient plus compliqué. Il faut faire un gros travail. Je vous avais expliqué toutes les mesures que l'on avait prises de conviction, d'information, les webinaires, les vidéos, les influenceurs, les messages avec des leaders d'opinion.

Après les 70 % de vaccination à l'égard des 85 ans plus et des 75-64, entamer une deuxième chance, une possibilité pour les citoyens âgés de se faire vacciner en prenant une ligne directe qui leur est consacrée. Cette ligne s'appelle ReVax 80 et elle leur permet de prendre un rendez-vous par téléphone pour se rendre dans le centre de vaccination le plus proche de chez eux, tout en sachant que des chaises sont mises à leur disposition, que l'encadrement permet à des personnes à mobilité réduite de s'y rendre et que si les personnes ne savent pas se déplacer, nous l'avons évoqué et vous avez été beaucoup intéressée par cela, les médecins généralistes selon des procédures établies par le Fédéral et les entités fédérées peuvent se rendre dans un centre de vaccination, aller chez leurs patients et injecter la dose pour les protéger.

C'est d'autant plus facile que depuis hier, la Belgique, via son agence fédérale de médicaments, a validé le produit Janssen qui a l'avantage d'être injecté en une seule dose. Une seule dose permet une protection après une dizaine de jours. C'est un avantage non négligeable, notamment en termes de transport, de conservation et d'injection, c'est un produit qui est beaucoup plus facile. Comme nous l'avions prévu, l'on va faire participer les médecins généralistes dans ce processus.

Nous en sommes, grâce aux efforts menés, à l'opération ReVax 80 + pour lequel 2 000 rendez-vous ont été établis. Les campagnes de vaccination sont montées en puissance chez les citoyens, et ce avec les 75 et 84 ans à 80 % de taux de vaccination.

Ce fameux seuil demandé par le CODECO pour déconfiner dans un premier temps et dans un deuxième temps, déconfiner le secteur culturel, il y avait cette condition et cet impératif d'arriver à 80 % de taux de couverture.

Nous sommes en train de le franchir pour les 75-84 ans, c'est fait. Pour les personnes de plus de 65 ans, l'ensemble des invitations ont été lancées. Les personnes de plus de 65 ans devraient recevoir, d'ici la fin de cette semaine, leur invitation. Elles pourront donc prendre rendez-vous pour se faire vacciner dans les 10-15 prochains jours dans les différents centres de Wallonie.

Le combat ne s'arrête pas là. On va continuer à essayer de protéger un maximum de monde, donc de trouver des solutions à chacun d'entre eux. Au-delà de Re Vax et du numéro vert 0800 45 019 qui a été mis pour les 85+, on va passer maintenant à l'étape des 75 et plus. On va y aller par âge décroissant. À partir de

demain, les personnes de plus de 75 ans vont pouvoir, si elles n'ont pas encore pris rendez-vous, si elles ont eu un empêchement, si elles étaient hésitantes, si elles ont été hospitalisées, enfin pour de multiples raisons. Elles peuvent téléphoner pour avoir un rendez-vous rapide sans devoir donner leur code de vaccination.

De cette manière, nous espérons regagner en pourcentage pour couvrir un maximum de monde.

Cette organisation va continuer vers d'autres catégories d'âge. Nous avons aussi envoyé un courrier via le délégué général covid aux médecins généralistes, aux pharmaciens, mais aussi aux communes qui sont aussi des partenaires – je vous disais l'on ne gagne jamais seul – il y a des bourgmestres qui sont très impliqués. Des échevins, en termes de santé publique, s'impliquent aussi très fort. Chaque initiative est salutaire. Que ce soit en écrivant aux personnes de 65 ans et +, en sensibilisant avec les services seniors, avec les gardiens de la paix, avec le plan de cohésion sociale. Toutes les initiatives qui pourront être faites à n'importe quel échelon, communal, provincial, régional, même dans le cadre des agents de l'état, des maisons de jeunes, de tous les assistants sociaux. C'est une mobilisation de tous et que c'est cet effet de contagion – si je peux me permettre – qui va faire en sorte que nous gagnons cette campagne de vaccination.

Selon les résultats de la dernière étude de santé de Sciensano, 72 % des Wallons ont l'intention de se faire vacciner. On a gagné à peu près 10-12 % par rapport à janvier. Ils attendent avec impatience leur invitation. En automne 2020, en octobre, lors de la quatrième enquête Covid Sciensano, savez-vous combien de personnes en Wallonie souhaitaient se faire vacciner ?

Ils étaient seulement 34 %. On est monté à 50 %, 60 %, dans les faits on est à 75 % pour le moment, 80 % dans certaines catégories d'âges. Si on pouvait avoir 80 % de taux de couverture dans les personnes en âge d'être vaccinées, ce serait une victoire.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes et je ne doute pas que la majorité des citoyens ont conscience que se faire vacciner est un enjeu de santé publique majeur. Je crois aussi que d'autres opérateurs pourraient et doivent s'impliquer. Je pense au secteur des SAFA, des mutuelles qui ont un rôle à jouer en matière de prévention. Tous ces opérateurs sont importants dans les contacts qu'ils peuvent avoir avec les citoyens, avec leurs patients, pour les inviter à se faire vacciner.

Vous m'avez posé des questions sur les publics spécifiques pour les personnes migrantes. J'ai, avec Alain Maron, porté ce débat en Conférence interministérielle santé. L'EMA avait rendu un avis positif sur l'utilisation du vaccin Janssen. La CIM santé s'est prononcée ce week-end pour que dans la stratégie de vaccination du public fragilisé – principalement des

personnes sans bris, mais aussi des migrants en transit – puisse être vacciné.

Mais pour tout ce qui concerne l'aspect communication et sensibilisation, on va s'appuyer et on s'appuie déjà sur les acteurs de terrain, parce que c'est eux qui connaissent mieux les usagers : les Relais sociaux, les Centres régionaux d'intégration, le SeTIS wallon qui fait les traductions en plein de langues autres que le français et l'Anglais, les collectifs citoyens, mais également les services d'aide et de soins aux personnes prostituées qui ont concertés et impliqués dans ce cadre, tout comme le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté et les CPAS.

Plusieurs initiatives concrètes sont en cours. D'une part, l'AViQ est en relation avec l'Office des étrangers et Fedasil, pour vacciner leurs professionnels de soins d'abord, conformément à la stratégie de vaccination dans le cadre de la phase 1A4, puis d'organiser la vaccination des résidents et du personnel de leurs structures.

D'autre part, la cellule du délégué général, mon cabinet, l'AViQ et la Direction générale intégration sociale du Service public de Wallonie collaborent pour élaborer le *process* de vaccination des migrants et de tout autre public précaire. Hier, une rencontre a eu lieu avec la Fédération des maisons médicales et les représentants des Cercles de médecine générale pour les aspects sanitaires. Cette phase test pour atteindre ce public est en cours d'organisation avec les opérateurs de l'action sociale et leurs partenaires, dont le Relais social de Charleroi. Elle doit permettre de déterminer le public précis, le taux d'adhésion à la vaccination dans le groupe, et de résoudre les problèmes logistiques qui peuvent survenir. L'objectif de cette phase est de mettre au point une procédure qui pourrait être appliquée dans les autres provinces.

Un des aspects de cette opérationnalisation en cours d'élaboration concerne la sécurité vaccinale par l'enregistrement dans un système qui permette à ce public d'attester de son statut vaccinal, alors qu'il ne dispose ni de son numéro de registre national ni d'un numéro Bis qui a été attribué par un médecin. Cette situation de fait ne doit en aucun cas être un frein ni une inquiétude. Il faudra néanmoins identifier la quantité de vaccins qui ont été administrés, et conserver, avec l'appui des associations qui connaissent ces personnes et des prestataires de soins, une trace du vaccin et du lot administré, notamment en cas d'effet secondaire, dans le cadre de la pharmacovigilance, et pour ne pas vacciner une même personne plus de deux fois ou plus d'une fois si ce sont des unidoses.

Pour les personnes de plus de 65 ans, en Wallonie, nous avons aujourd'hui 30 % de taux de vaccination, avec 69 % entre hier et aujourd'hui, on a gagné 3 % – pour les 65-74 ans qui ont reçu une première dose. Ce chiffre est provisoire, puisque l'ensemble des 65 plus

n'ont pas encore reçu leur invitation, et n'ont pas encore eu l'occasion de s'inscrire dans un centre de vaccination et 9 % de cette tranche-là ont reçu leur schéma vaccinal complet, donc leur deuxième dose.

Concernant les policiers et les gardiens de prison, 6 485 membres du personnel de la police locale volontaire ont pu bénéficier de la vaccination, principalement dans les deux centres majeurs de Ronquières et de Bierset. La collaboration avec la responsable de la police fédérale et des zones de polices a été de grande qualité. Cela nous a permis d'atteindre l'objectif relatif à la vaccination de cette fonction critique dans les meilleures conditions. Ils sont réputés pour être organisés. En l'occurrence, cela a été le cas avec la vaccination.

Un comité de pilotage s'est réuni chaque semaine pour répondre aux questions, évaluer l'état d'avancement et assurer la coordination entre l'AViQ, la cellule et les responsables de police.

Soulignons qu'en Flandre, la vaccination du corps de police va seulement débuter.

Concernant le personnel des prisons, il a été convenu qu'il sera vacciné prioritairement parce qu'il reste 24 heures sur 24 dans un endroit confiné avec des personnes qui sont en résidentiel – contraint, mais résidentiel néanmoins. Les conditions sanitaires sont donc compliquées. Le conseil supérieur de la santé a rendu un avis extrêmement clair, mais je pense que cela ne faisait pas l'ombre d'un doute chez aucun d'entre nous. Concernant les annexes psychiatriques des prisons, le personnel et les internés de Paifve ont été vaccinés. Les annexes psychiatriques d'autres prisons comme la prison de Jamioulx, de Lantin, de Namur et de Mons le seront cette semaine. Les vaccins ont déjà été commandés. Ces vaccinations sont toutes introduites dans vaccin.net.

Concernant l'organisation et la logistique des centres wallons et l'augmentation des capacités, les centres de vaccination ont été conçus sur base d'un modèle de 200 000. Cette semaine on fonctionne avec 158 000 à 159 000 vaccins qui doivent être administrés. Nous passons au mois de mai à 250 000 vaccins par semaine. Les centres sont largement rodés dans leurs pratiques. Ils ont d'ailleurs reçu des visites du commissariat spécial Corona fédéral, l'appui de l'agence fédérale des médicaments, les membres de la cellule, ou encore l'AViQ pour soutenir la qualité de leurs pratiques.

Pour faire face aux arrivages de doses annoncées et vacciner plus rapidement, nous avons décidé, avec le délégué général covid, de soumettre au Gouvernement aujourd'hui un plan opérationnel pour une extension de la capacité des centres dans le courant du mois de mai et du mois de juin. J'aurai l'occasion de revenir vers vous à ce sujet très prochainement. Comme vous l'avez dit, notre objectif est d'atteindre les 250 000 vaccins au mois de mai et les 400 000 vaccins par semaine en Wallonie

au mois de juin. C'est un incroyable exercice logistique que nous sommes en train de mettre en place.

En parallèle, ce plan d'extension s'intègre dans le plan *ready for may* du secrétariat fédéral qui prévoit les adaptations à mettre en place à chacun des niveaux : fédéral ou entités fédérées. Il s'agit de viser les livraisons, la planification, les commandes, l'équipement, la logistique, l'organisation des points d'administration, les centres de vaccination, les invitations, l'enregistrement ou la communication. Tout cela est lié, chacun est un engrenage et il ne faut pas qu'il y en ait un qui se grippe parce que le résultat ne serait pas bon. Mais je pense objectivement que tout cela est maintenant bien rodé et fonctionne très bien.

À propos des antennes, pour renforcer l'accessibilité à la vaccination sur le territoire wallon et amplifier sa capacité vaccinale, depuis fin mars, nous avons ouvert progressivement, en collaboration avec les autorités locales, 12 antennes de proximité. Au début, nous avons envisagé des bus itinérants dans le même type que les bus de la Croix rouge qui pourraient passer et s'arrêter dans la salle communale. Ici, on parle de vaccins qui sont difficiles à administrer et qui sont conservés à -20 degrés, et cetera. Donc, il fallait avoir des salles qui puissent, pendant une semaine, avoir un certain nombre de doses de vaccins qui sont administrées, tout en permettant de soulager des communes qui sont relativement proches de centres de vaccination intermédiaires ou majeurs, mais qui auraient pu être saturés rapidement dans le cadre du calcul du nombre de lignes, eu égard à la densité de la population. Ces bus devaient servir de base arrière pour des zones principalement peuplées. Je pense principalement au Hainaut. Ou alors, au Luxembourg, dans le sud du Hainaut, ou dans la région de Verviers, des antennes qui tournent une semaine sur trois et qui permettent à des personnes qui habitent dans des villages de se rendre dans un centre de vaccination plus proche que les centres intermédiaires ou les centres majeurs pour ceux qui seraient moins véhiculables.

Je voudrais également saluer l'initiative qu'a prise mon collègue Philippe Henry. Vous savez qu'on avait souhaité que la mobilité ne soit pas non plus un frein à la vaccination. Il avait donc mis gratuitement à disposition les bus de Wallonie, mais aussi, pour M. Gilkinet, les trains pour les centres de vaccinations qui doivent être atteints par ce mode de transport là. Non seulement ce travail a été fait, mais maintenant, il y a un numéro de téléphone qui existe, un centre d'appel pour informer sur les activités ou les éléments qui ont été mis en place par les différentes communes pour, par exemple, avoir des navettes, des taxis sociaux, et cetera. Quand on ne sait pas, on peut passer par ce site, ce centre, ce numéro d'appel, qui vous donne à la fois les lignes de bus qui donnent accès au centre de vaccination, mais également toutes les solutions multimodales qui existent, en ce compris le covoiturage, l'appel au bénévolat, le taxi social ou des opérateurs un

peu plus professionnels qui sont organisés au bénéfice des personnes qui vont se faire vacciner.

Les 12 antennes de proximité. On en a sur Comines-Warнетon, Thuin, Soignies, Lierneux, Spa, Limbourg, Walcourt, Philippeville, Hastière, Andenne, Gembloux et Bouillon, qui couvrent les zones les moins habitées ou les plus denses, comme je l'ai dit, qui apportent une solution pour les personnes les plus éloignées des centres. Du point de vue opérationnel, à l'exception de Soignies, qui fonctionne en continu, ces 11 antennes fonctionnent en alternance, une semaine sur trois, pendant la période d'une semaine pour permettre aux populations de recevoir les deux doses de vaccin. Elles tournent en parallèle des centres fixes durant toute la campagne de vaccination. Sept sites de passage par lieu sont ainsi programmés jusqu'à la fin août. Elles sont ouvertes six jours sur sept, douze heures par jour, de 8 heures à 20 heures, si la disponibilité des doses de vaccin le permet, et elle le permet de plus en plus, maintenant. À l'instar des centres de proximité, elles s'ouvrent dans des locaux ouverts, qui respectent évidemment les normes imposées par les centres de vaccination, elles ont deux lignes de vaccination et elles sont uniquement accessibles sur rendez-vous après réception de sa convocation à la vaccination.

Les membres du personnel médical et paramédical qui pratiquent les actes de vaccination sont mis à disposition par les cercles de médecine générale et les pouvoirs locaux, qui font un travail remarquable.

Seules les personnes qui habitent une des communes concernées ou des communes limitrophes reçoivent l'invitation pour aller se faire vacciner dans une de ces antennes. Ces dernières ne sont pas obligées de choisir ce site. Cela s'ajoute aux autres – aux centres intermédiaires et aux centres majeurs – et donc dans le cadre soit de la prise de rendez-vous par internet, soit d'un *call center*, cela leur est proposé.

L'antenne de Bouillon est un cas isolé : vous savez que le Luxembourg a des zones avec une densité plus faible et des distances plus grandes. Quand on a travaillé sur le maillage, on a été à la fois confronté à la difficulté liée au fait qu'il y a moins de médecins généralistes dans ces zones-là. C'est donc plus compliqué en termes d'organisation. Le fait que les normes de 20 à 30 minutes d'un centre de vaccination ne s'appliquent généralement pas pour les Luxembourgeois, qui ont dans leurs pratiques quotidiennes l'habitude de devoir faire de grands trajets pour se rendre dans des endroits ou des sites d'intérêt. L'objectif pour l'antenne de Bouillon reste bien de favoriser l'accès à la vaccination du plus grand nombre en amenant, quand c'est nécessaire, l'offre sur place. Pour le moment, la population de Bouillon a bien été desservie par l'antenne, et la poursuite des activités fait l'objet d'une attention particulière, parce qu'il entre dans mes intentions de maintenir la vaccination dans cette antenne. Je sais que, pour les médecins généralistes,

c'est compliqué. Nous sommes en cours de discussion pour trouver d'autres solutions qui ne viendraient pas grever le travail des médecins généralistes ni le bénéfice de la vaccination pour les gens qui habitent dans cette zone.

Sur Qvax, cela fonctionne sur la base des critères de l'âge et des facteurs définis par la stratégie de vaccination. Les algorithmes tiennent compte de l'âge sur la base du numéro de registre national et sur le fait que le citoyen a été mentionné comme souffrant de comorbidité, soit par son organisme assureur, soit par le médecin traitant. C'est-à-dire que, quand il s'inscrit, il donne son numéro de registre national. Si, au niveau de son registre national, il y a un petit signal montrant qu'il est à facteur de risque – évidemment, personne d'autre ne le sait – automatiquement, il est considéré comme prioritaire et il remonte. Il pourrait, par exemple, y avoir une personne qui a 60 ans, mais qui est malade, qui passerait au-dessus d'une personne qui a 61 ans, mais qui est en bonne santé puisque, en termes de priorité, il viendrait s'intercaler entre les 65+ et la population générale à condition, bien entendu, qu'il puisse être dans un des registres : soit le registre du cancer, soit un dossier médical que le médecin aura relayé, soit parce qu'il a pris des médicaments et que la mutuelle aura pu identifier qu'un de ces médicaments le rend potentiellement plus fragile à faire un covid sévère.

À ce jour, 15 centres ne se sont pas encore connectés, notamment parce qu'ils parviennent à remplir les rendez-vous sans aucune difficulté. On essaye de s'adapter aussi à la réalité. Il faut savoir que quand on demande à un médecin généraliste comment il veut faire, dans une région ou dans une sous-région, ce n'est pas la même réalité que dans un autre centre de vaccination. On essaie aussi de s'adapter en fonction de leurs souhaits. Notre objectif est de vacciner un maximum. Toutes les doses qui arrivent doivent être injectées dans l'ordre de stratégie de vaccination qui a été défini. Les vaccins sont enregistrés systématiquement fin de journée, pour que les citoyens puissent avoir une vue claire et transparente du nombre de vaccins injectés.

Le 23 avril, plus de 21 000 vaccins ont ainsi été administrés à des réservistes pour l'ensemble de la Wallonie.

Il n'entre pas dans les intentions de publier les chiffres par centre, parce que cette information est destinée uniquement au contrôle de la qualité des activités.

Comme vous le savez, chaque entité est compétente pour l'organisation des centres de vaccination, en tenant compte de ses spécificités.

Pour la Wallonie, tout changement en cours de campagne de vaccination représente un risque supplémentaire, tant l'ampleur de la tâche est

importante. Nous ne modifierons donc pas l'organisation, mais on s'adapte à nos particularités, comme l'appel « ReVax 80+ » qui va devenir l'appel « Re Vax75 » – je le lance maintenant – qui est mis en place uniquement en Wallonie.

Qvax est simple d'utilisation. Je suppose que vous avez essayé, je suis officiellement inscrite sur Qvax. Il faut aller chaque semaine remplir ses nouvelles plages d'horaire pour sa disponibilité. On peut tenter sa chance aussi. Lorsque l'on arrive sur la première page, il est clairement indiqué que vous pouvez vous faire aider dans la démarche qui est tout à fait intuitive. En outre, le numéro gratuit commence à être bien connu. Les opérateurs sont formés à l'accompagnement des personnes. Comme il s'agit d'une procédure de dernière minute, elle fait appel à l'utilisation d'un smartphone. Il y a plein de communes qui organisent des soutiens, et il y a aussi des centres de vaccination qui le font. Je pense que c'est par exemple à Tournai qu'il y a un agent communal qui est au début du centre de vaccination. Tous les citoyens qui ont des difficultés avec internet peuvent aller organiser, prendre un rendez-vous sur place ou s'inscrire sur Qvax. Il y a quelqu'un qui le fait pour eux.

Concernant l'administration de deux doses de vaccins différents – quelqu'un a parlé d'un témoignage sur Marche – je crois que trois personnes qui ont été vaccinées avec deux médicaments différents. On l'appelle le *mix matching* qui est utilisé et généralisé en France en Allemagne. Ce n'était pas une volonté du centre de vaccination de le faire. Il n'y a pas de danger pour la personne à laquelle on a injecté les deux types de vaccins à distance. Le délai était correct. Par contre, le deuxième produit n'était pas identique au premier, en l'occurrence à l'AstraZeneca, à Pfizer, ou l'inverse.

Nous avons travaillé à une sorte de formation et de contrôle qualité dans l'ensemble des centres de vaccination pour tenir compte de cette information ou de ce fait, parce qu'une erreur humaine est toujours possible. On essaie d'avoir toujours quelqu'un qui contrôle l'information. C'est extrêmement important dans le cadre de la pharmacie au moment où l'on va, à partir des *vials*, prendre le vaccin dans les seringues. Cet exercice est le cœur du réacteur. C'est là où il faut le plus de rigueur. Les procédures doivent être extrêmement strictes. On a eu l'occasion au cours des réunions, puisqu'elles ont lieu au moins une fois par semaine avec les directeurs de centres, d'échanger avec eux sur les *process* à mettre en place, pour éviter que cela ne se reproduise.

Concernant l'accessibilité des centres, la nécessité de prévoir une ligne de vaccination accessible aux PMR a bien été intégrée dans le cahier des charges des centres. On a, au niveau de l'AViQ, mandaté l'ASBL Access-i qui regroupe les membres du CAWaB, pour l'analyse du niveau d'accessibilité des centres, le conseil des gestionnaires, la sensibilisation des stewards et

l'information au public. Les centres sont sensibilisés dans un premier temps via l'envoi d'une check-list accessibilité. Pour le moment, il y a un audit qui est effectué par Access-i, pour vérifier que les normes sont respectées et qu'il y a des difficultés, cela puisse être amélioré, pour pouvoir répondre à toutes les normes en termes d'accessibilité. Ces visites s'étalent tout au long des mois d'avril et de mai. Vingt centres ont déjà été audités.

L'information sur l'accessibilité des centres présentée sur le site jemevaccine.be a été adaptée en fonction des remarques formulées. Dès la réception des premières fiches Access-i, celles-ci seront également renseignées.

L'information relative aux services d'ASTA, Association de services pour le transport adapté des personnes à mobilité réduite, a ainsi été intégrée dans les FAQ. Ces services peuvent ainsi assurer le transport des personnes à mobilité réduite vers les centres de vaccination.

Il s'agit d'être également attentif aux problématiques rencontrées par les personnes ayant une déficience sensorielle. Au niveau de la communication, les informations utiles sont disponibles sur le site covid.aviq.be. Ce site est alimenté en permanence par des contenus accessibles – vidéos en langue des signes, et cetera – développés par l'AViQ et d'autres organismes.

Pour l'accès à l'information des personnes sourdes, outre l'interprétation des tutoriels sur l'inscription et le parcours de vaccination, nous collaborons également avec Relais-Signes pour le soutien dans le cadre de la vaccination, soutien dont la promotion a été faite sur la page Facebook de l'Agence ainsi qu'au travers d'une newsletter. Par ailleurs, le *call center* va être renforcé afin d'assurer la communication avec les personnes sourdes ou malentendantes.

Quant à l'accessibilité du site internet, le site covid.aviq.be a fait l'objet d'un audit Anysurfer et des améliorations sont en cours de finalisation. En parallèle, les outils ajoutés au fur et à mesure sur le site sont travaillés afin d'être rendus accessibles.

Concernant la stratégie de gestion de l'épidémie, l'appel lancé par les experts d'une gestion de l'épidémie basée sur une approche de gestion du risque est une vision dans laquelle je m'inscris.

Tout d'abord, des protocoles sectoriels sont déjà en place et en cours d'évolution de manière concertée.

Depuis septembre, mon cabinet, l'AViQ et le secteur de la promotion de la santé et de la prévention travaillent, entre autres, sur la mise en place de stratégies concertées s'axant à la fois sur la gestion du risque et la prévention combinée.

Johnson & Johnson a fait l'objet d'un contrôle qualité par l'Agence fédérale des médicaments et les doses ont été libérées hier, ce qui nous permet de disposer d'un outil très pratique. Dans le cadre des médicaments autorisés, nous avons également eu des discussions sur les conditions dans lesquelles certains médicaments devaient être administrés, principalement les vaccins à adénovirus, comme AstraZeneca et Johnson & Johnson.

À travers l'intervention du ministre fédéral de la Santé, la Belgique a demandé à l'Agence européenne des médicaments qu'elle nous fasse une étude beaucoup plus détaillée de la balance des bénéfices et des risques par tranche d'âge pour ce type de vaccin afin que l'on puisse vérifier quelle était la proportion de cas rares avérée ou relevée dans le cadre de la pharmacovigilance dans les différents pays européens et mondiaux et de faire par tranche d'âge pour voir quel était le bénéfice de cette vaccination.

Il est apparu que, dans une épidémie intermédiaire comme nous le sommes pour le moment, voire une épidémie faible comme nous pourrons l'espérer dans les prochaines semaines, il y avait un large bénéfice à vacciner des personnes de plus de 41 ans avec le vaccin AstraZeneca. Quant au vaccin Johnson & Johnson, l'avis de la FDA, l'Agence américaine des médicaments, a confirmé qu'ils souhaitaient administrer ce vaccin sans condition d'âge à partir de 18 ans, raison pour laquelle nous avons également opté au niveau belge pour cette voie-là, étant entendu que nous avons bien conscience que tout peut toujours évoluer en fonction d'événements qui pourraient survenir, que nous sommes en contact permanent avec les spécialistes de notre pays et de l'Organisation mondiale de la Santé ou de l'Agence européenne des médicaments pour continuer à vacciner dans des conditions optimales.

Voilà, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Députés, les informations que je pouvais vous donner au sujet de la campagne de vaccination.

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – Merci, Madame la Ministre, pour toutes ses réponses. Dans cette campagne de vaccination, il sera important de « faire communauté », de pouvoir y arriver tous ensemble, pas seulement la Communauté française ou la Communauté flamande, mais vraiment la communauté belge et je dirais même la communauté mondiale.

C'est vrai que, d'ici peu ou en tout cas, cela peut paraître long, mais au mois de juin ou dans le courant du mois de juillet, on va devoir aller chercher les personnes tout en respectant leur volonté, mais de vraiment d'aller inciter les gens à aller se faire vacciner. Je pense que ce sera une étape importante si l'on atteint au moins ces 70 %. Ce sera important de mettre en place toutes les stratégies derrière cela.

L'enjeu du mois de juin avec cette accélération, bien sûr c'est toujours au conditionnel – les mois passés nous ont appris à parler au conditionnel –, mais je crois que ce sera un moment important aussi dans cette campagne de vaccination.

M. le Président. – La parole est à Mme Laffut.

Mme Laffut (MR). – Madame la Ministre, je vous remercie pour vos réponses détaillées. J'entends en effet que le cas de Bouillon est isolé. C'est clair que l'on en avait déjà discuté. C'est donc compliqué pour les médecins généralistes. Ils ne peuvent pas, évidemment, se doubler pour un territoire aussi important. Alors, tant mieux pour les Bouillonnais qui ont pu être vaccinés ce jour-là, mais c'est quand même beaucoup d'énergie. J'entends qu'il y a des discussions qui sont entamées pour voir comment faire pour la suite par rapport à cette antenne.

J'avais aussi déposé une question, mais qui avait été reprise par un de mes collègues et transformée en question écrite, mais vous y avez répondu, par rapport au *mix matching*. J'entends qu'il n'y a pas de danger. J'imagine que les médecins traitants et les patients ont été informés.

Par contre, vous dites qu'il faut éviter de reproduire cet incident. Je sais qu'il y a des études en cours, ce sera intéressant dans futur proche de voir ce que donne ces études de *mix matching* et de voir s'il y a de nouveaux protocoles et si l'on peut, sur le long terme, faire en sorte que différents vaccins puissent être administrés à la même personne, si c'est judicieux ou non. On sera évidemment attentif à l'évolution des études en la matière.

M. le Président. – La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Madame la Ministre, je vous remercie pour les informations que vous avez données par rapport à la situation des migrants. Si j'ai bien compris, les Centres pour réfugiés n'ont pas été considérés comme les autres institutions de collectivité et n'ont pas été vaccinés en même temps que les autres. C'est bien comme cela que je l'ai compris.

Vous avez des contacts maintenant pour essayer de faire avancer les choses, même si on sait qu'il y a une tournante et qu'il y a beaucoup de mouvements dans les institutions, là aussi l'idée de cette dose unique est importante. Il faut aussi que les personnes puissent se rendre compte qu'elles peuvent aller se faire vacciner sans crainte. Là, je pense qu'il y a vraiment un gros travail à faire aussi. Je soutiens le fait de pouvoir mettre une priorité pour les puéricultrices, pour le secteur de la petite enfance. Cela a été répété ici. On a déjà eu l'occasion de le dire. J'insiste donc vraiment pour que l'on puisse essayer de leur trouver un créneau ici.

Je me dépêche, Monsieur le Président.

J'avais déposé une question qui a été refusée concernant les aidants proches, tout simplement parce que j'avais mis en contexte avec un cas particulier. Je l'ai transformée en question écrite. Néanmoins, je pense vraiment que les aidants proches ont besoin aussi de pouvoir entrer dans une ligne de priorité, car il y a vraiment des situations compliquées qui se font de plus en plus ressentir.

M. le Président. – La parole est à Mme Sobry.

Mme Sobry (MR). – Madame la Ministre, je vous remercie. Je signale quand même que je trouve qu'à vous écouter, il y a, au fil du temps, une vague d'espoir qui revient dans nos débats. On a connu des débuts vraiment difficiles et je trouve qu'ici on a l'impression de voir quand même un petit peu la lumière au bout du tunnel. Je ne vous regarde pas toujours, mais je vous écoute beaucoup.

Je vous ai entendu parler ReVax et pour rester positive comme cela, j'ai un petit témoignage. J'ai appelé pour ma grand-mère dès le lundi de l'ouverture du numéro et je suis tombé sur une dame super sympa qui a été super professionnelle, qui a passé 15 minutes au téléphone avec moi.

En plus, je ne le savais même pas, ma grand-mère m'a dit qu'elle n'avait pas reçu le courrier, mais je ne savais pas si c'était bien le cas ou si elle ne l'avait pas bien pris en compte. Voilà, je n'avais pas de code de vaccination et juste avec le numéro de registre national de ma grand-mère et le nom de son médecin traitant, j'ai reçu son code, une plage horaire pour le premier rendez-vous, pour le deuxième. Cela s'est super bien passé. Rien que moi, d'avoir quelqu'un au bout du fil et de voir que cela marchait, cela m'a fait plaisir. Je tenais à vous le dire, car j'imagine que vous et votre équipe aussi, cela vous fait plaisir d'avoir reçu des échos de quand cela va bien.

M. le Président. – La parole est à Mme Roberty.

Mme Roberty (PS). – Madame la Ministre, merci pour l'ensemble des réponses que vous venez de nous délivrer. Elles étaient nombreuses et multiples.

Vous savez qu'il s'agit, pour nous aussi, d'un sujet qui occupe tous nos esprits au quotidien.

Vous l'avez dit, on vit une vraie montée en puissance. Toutes et tous, nous devons nous réjouir d'avoir atteint cette barre symbolique des 30 % de Wallons et de Wallonnes qui ont reçu une première dose. Personnellement, j'espère que cette bonne nouvelle et le fait que nous soyons dans le top 6 ou 7 de la vaccination pourraient faire en sorte d'améliorer encore notre taux d'adhésion, parce qu'être fier, c'est important pour adhérer à un projet, être rassuré, cela l'est tout autant. Je pense que tous les jours nous avons un peu plus de raisons de nous réjouir.

Vous avez répondu de manière très détaillée à ma question liée au vaccin Johnson.

Vous avez parlé du personnel des prisons, mais j'aurai l'occasion de revenir sur les fonctions à ajouter, comme les enseignants et les puéricultrices, puisque nous n'avons pas eu l'occasion de vous entendre à ce sujet.

Le plus important, vous l'avez rappelé, se faire vacciner, c'est se protéger soi-même, mais c'est aussi et surtout protéger les autres.

Merci pour vos réponses et j'ai aussi envie de dire merci à l'ensemble des opérateurs qui travaillent sur le terrain et qui rendent cette campagne de vaccination possible.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Je vous remercie pour toutes les réponses que vous avez apportées.

Cependant, sur l'utilisation de dispositifs de sécurisation des lieux publics, pour pouvoir ouvrir les lieux publics et récupérer du lien social si nécessaires à notre vie – on a pu en discuter ce matin –, mais aussi le lien important qu'il y avait par rapport à la santé mentale des gens en général. Il y a vraiment l'idée de creuser par rapport à tous ces dispositifs. Là-dessus, je ne vous ai pas entendue.

Par rapport à la transparence des données de vaccination, on constate qu'il y a encore un trop grand nombre de citoyens qui sont réticents à se faire vacciner. Une des pistes, là aussi, on insiste sur le fait que les lieux de contamination devraient pouvoir être aussi transparents et être transmis, que chacun puisse savoir où les contaminations se font, pas uniquement sur des données chiffrées, mais les lieux sont tout aussi importants à connaître.

Par rapport aux plus de 80 ans et plus, une personne sur quatre des 80 ans et plus ne se fait pas encore vacciner, ne s'est pas fait vacciner. Pour nous, c'est quand même un chiffre qui est assez important, surtout que si on a toute cette partie des personnes qui sont plus fragilisées et les plus à risque qui sont réticentes, alors qu'en est-il des autres populations ? Là, il y a vraiment encore pour nous du boulot à faire sur le fait de convaincre et pourquoi pas, à un moment donné, privilégier des communications plus spécifiques par rapport à des groupes qui adhèreraient moins. On a discuté aussi des plus jeunes. On n'en est peut-être pas encore là, mais, à un moment donné, il faudra certainement y penser pour qu'il y ait une bonne adhésion.

**QUESTION ORALE DE M. DESQUESNES À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LES AVANCÉES RELATIVES AUX NOUVEAUX
APPAREILS À RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
(RMN) POUR LES HÔPITAUX WALLONS »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Desquesnes à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les avancées relatives aux nouveaux appareils à résonance magnétique (RMN) pour les hôpitaux wallons ».

La parole est à M. Desquesnes pour poser sa question.

M. Desquesnes (cdH). – Madame la Ministre, j'avais déjà eu l'occasion de vous interroger début juin de l'année passée. J'étais revenu vers vous le 2 mars dernier et je vous avais dit que j'allais revenir fin avril sur ce dossier. C'est celui de l'installation des nouveaux appareillages à résonance magnétique nucléaire en Wallonie. Nous y sommes à la fin avril.

Depuis 2019, un protocole d'accord permet l'installation de nouvelles installations d'imagerie médicale moins nocives que les scanners. C'est un protocole qui n'a pas été acquis facilement. C'est une longue histoire. J'imagine que vous la connaissez bien plus que moi.

Nous sommes donc aujourd'hui dans un avancement de la procédure d'attribution de l'agrément de ces appareillages chez nous. Vous m'aviez répondu, le 2 mars, que l'AViQ travaillait à un appel à candidatures et que vous aviez demandé des avis juridiques, vu la complexité du dossier. L'avis juridique a-t-il été reçu ? L'appel a-t-il pu être préparé, finalisé, voire idéalement lancé ? Si ce n'est pas le cas, pouvez-vous vous engager sur un calendrier plus clair en la matière, sur les critères qui seront mis pour pouvoir bénéficier des RMN ?

Vous aviez déjà annoncé comme critère le fait de ne pas avoir déjà été agréé pour un tel appareillage. Il y a donc encore une dizaine d'hôpitaux wallons qui ne sont pas équipés de cela. On voit, au travers de la crise sanitaire, combien il est important de garder un maillage efficace d'hôpitaux et d'hôpitaux accessibles, c'est-à-dire avec aussi un facteur de proximité en la matière. Avez-vous pu déterminer d'autres critères ou un travail a-t-il pu avancer sur de nouveaux critères ? J'imagine que l'on va les retrouver dans un arrêté ou dans une décision de vous ou de l'AViQ ? Peut-on espérer ces éléments-là ? Quelle est la liste des hôpitaux qui pourraient bénéficier de ce nouvel appareillage ?

Vous m'aviez expliqué, lors de votre dernière réponse, qu'une négociation avec le ministre fédéral de

la Santé, M. Vandembroucke, devait encore avoir lieu pour obtenir un agrément de plus, qui permettrait peut-être d'élargir le gâteau et d'éviter de devoir dire non à un hôpital. Je ne voudrais pas que cette discussion conditionne l'avancement du dossier. C'est là le fond de ma question. Je sais qu'il y a encore des discussions puisqu'il y a encore des morceaux de compétences qui relèvent des communautés.

Il est temps d'avancer. L'accord date de 2019, on est deux ans plus tard, en 2021, on a des agréments possibles en Wallonie à octroyer, ne les gardons pas au frigo, utilisons-les. C'est indispensable.

J'espère entendre des propos rassurants et précis de votre bouche aujourd'hui.

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, vous êtes constant et vous suivez bien vos dossiers, puisque je me souviens parfaitement vous avoir demandé de revenir dans ce délai, et vous l'avez fait, pour vérifier que les choses ont avancé.

J'ai opté pour la formule de la circulaire ministérielle, ainsi que tous mes prédécesseurs l'avaient d'ailleurs toujours fait avant moi. Un appel à candidatures a ainsi été envoyé le 1er avril dernier aux hôpitaux qui ne disposent pas encore de RMN à temps plein. Ils disposent d'un délai d'un mois pour y répondre.

Au niveau de la procédure de sélection des candidatures, l'appel prévoit que les hôpitaux qui ne bénéficient pas du tout d'une autorisation pour l'exploitation d'une RMN seront sélectionnés en priorité. Les hôpitaux qui partagent déjà l'exploitation d'une RMN dans le cadre d'une association seront sélectionnés dans un deuxième temps en vue d'augmenter leur temps d'exploitation actuel.

La procédure a été largement concertée avec les fédérations hospitalières et a fait l'objet d'un consensus. Un protocole d'accord a bien été signé le 19 mars dernier entre la Région wallonne, la Communauté française et la Communauté germanophone en vue de confirmer la volonté des parties d'accorder en priorité les six appareils disponibles aux hôpitaux qui ne disposent pas encore d'une RMN à temps plein.

Pour le reste, en vertu du protocole d'accord du 22 mai 2019 portant sur la répartition entre entités fédérées de la programmation de 18 RMN supplémentaires, l'autorité fédérale et les entités fédérées se sont engagées à mener une réflexion sur une offre supplémentaire dès que les nouvelles RMN auront été accordées. La priorité reste donc bien de finaliser l'attribution des derniers appareils disponibles avant d'envisager une nouvelle extension. Dès que l'appel à

candidatures sera clôturé, l'AViQ et le cabinet s'engagent à faire le maximum pour traiter les demandes sans délai. Monsieur le Député, vous avez fait votre boulot et j'ai fait le mien.

M. le Président. – La parole est à M. Desquesnes.

M. Desquesnes (cdH). – Merci, Madame la Ministre, pour votre réponse précise et surtout le travail qui a été effectué par vous-même et vos services pour désenliser ce dossier. Je sais que les mois n'ont pas été faciles dans vos services et dans votre cabinet, c'est compliqué de gérer plein de choses en même temps, je ne vous reproche donc pas le retard de ces derniers mois. Par contre, je me réjouis que ce soit opérationnel.

Par contre, j'ai entendu qu'il y aurait un critère de priorité pour ceux qui n'en avaient pas...

(Réaction d'un intervenant)

Comme vous le soulignez, Madame la Ministre, je me réjouis que parmi les hôpitaux, l'excellent CHR de la Haute-Seine à Soignies puisse effectivement en bénéficier, comme d'autres hôpitaux, à Malmedy ou encore dans d'autres endroits de Wallonie. Je pense que c'est un élément extrêmement important en la matière, la nécessité de pouvoir s'assurer que les hôpitaux de proximité gardent une valeur ajoutée. Cette décision, qui est plus qu'un signal, me semble importante. Je me permettrai donc de revenir dans deux mois, juste avant les grandes vacances, pour m'assurer que tout cela est bien opérationnel. Je vous remercie d'avance.

**QUESTION ORALE DE M. HEYVAERT À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA VIE DANS LES MAISONS DE REPOS ET DE
SOINS (MRS) »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Heyvaert à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la vie dans les maisons de repos et de soins (MRS) ».

La parole est à M. Heyvaert pour poser sa question.

M. Heyvaert (Ecolo). – Madame la Ministre, le 19 février, vous avez émis une circulaire permettant la réouverture de la vie « normale » en maison de repos. Dans votre circulaire, seules les maisons de repos ayant une couverture vaccinale de 80 % des résidents sont autorisées à appliquer ces règles. Depuis deux mois, la vie a pu reprendre dans certaines maisons de repos.

Madame la Ministre, pouvez-vous faire le point sur la situation ? Combien de maisons de repos n'ont pas atteint ce taux de 80 % ?

Depuis deux mois, le suivi des foyers de contamination continue au sein des maisons de repos. Pouvez-vous faire le point sur la situation épidémique au sein des maisons de repos ?

Maintenant que nous avons deux mois d'observation, envisagez-vous de continuer un retour à la vie normale au sein des maisons de repos ?

L'ADMR a fait une étude auprès des directeurs d'établissements en Wallonie et cette étude montre que les maisons de repos ont le moral à zéro. Même si les institutions semblent mieux préparées, le personnel est fatigué et il semble que les médecins traitants aient déserté les maisons de repos. De nombreux établissements se sont vidés, causant d'importants soucis d'ordre financier. Pendant de nombreux mois, nous nous sommes tous concentrés sur la situation au sein des maisons de repos, la commission spéciale a d'ailleurs voté de nombreuses recommandations pour une meilleure prise en charge de nos aînés au sein des maisons de repos.

Pouvez-vous nous dire quelle réponse vous avez donnée à l'ADMR et comment allez-vous soutenir les maisons de repos ? Est-ce que les prêts propulsion santé peuvent répondre à ces difficultés ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, la reprise de la vie normale en maison de repos, ou en maison de repos et de soins, dépend du taux de couverture vaccinale, qui doit être en Wallonie de 80 %, comme vous le soulignez dans votre interpellation, mais on s'était dit 70 % aussi dans les institutions. Il fallait atteindre ce chiffre.

Les chiffres publiés par Sciensano ont pour source les données collectées par l'AViQ. Mais quelle source, allez-vous me dire ? Il est important, dès lors, de préciser que les déclarations de couverture vaccinale sont faites sur base volontaire et, à ce jour, 535 établissements ont enregistré ces données. Ces déclarations ne concernent que les personnes vaccinées au sein des institutions dans le cadre de la campagne de vaccination organisée par l'AViQ entre le 5 janvier et le 12 mars. Un certain nombre des membres du personnel ont été vaccinés dans la phase des professionnels de la santé, 1 à 4, donc après. Ceux-là n'ont pas été réinclus, et à titre personnel, j'en ai rencontré un certain nombre dans les centres de vaccination quand je suis allée, par exemple, à La Louvière. J'ai rencontré des tas d'aides-soignantes qui travaillaient dans les maisons de repos et qui n'avaient pas souhaité se faire vacciner dans un

premier temps parce qu'elles trouvaient que c'était trop vite et elles avaient donc préféré attendre et voir si des rumeurs qui circulaient, parfois des plus farfelues, au sujet de la vaccination étaient fondées ou pas. Comme il n'y avait ni puces ni gens qui mourraient comme des mouches, elles se sont dit que finalement, elles allaient se faire vacciner.

Ces personnes-là n'ont pas été incluses dans le calcul de Sciensano. Un certain nombre de membres du personnel ont été vaccinés en première ligne de soins. Un certain nombre d'entre eux ont changé d'avis depuis le dernier passage organisé par la vaccination dans les établissements et des nouveaux membres du personnel ont également été engagés.

Les données dont on dispose sont en fait sous-estimées. La médiane de couverture vaccinale est de 71 %, ce qui signifie que la moitié des maisons de repos ont une couverture vaccinale de 71 % au moins de leur personnel, l'autre moitié ont une couverture vaccinale inférieure à 70 %.

En ce qui concerne la situation épidémique dans les établissements pour aînés à dater du 25 avril, trois maisons de repos sont impactées par un cluster, soit plus de 10 cas de personnes positives.

Au sujet de l'enquête réalisée par l'association des directeurs de maisons de repos, il en ressort que 38 % des maisons de repos, des directions, se disent fatigués, voire épuisés. Pour diminuer la charge émotionnelle, il est donc important que les professionnels puissent partager leur ressenti, partager leur incertitude. C'est pour cela que j'ai décidé de prolonger les équipes psychologiques, les SPAD, à destination des maisons de repos.

Le Gouvernement a aussi décidé de prolonger l'immunisation du forfait journalier et d'octroyer une aide pour compenser les pertes de quote-part bénéficiaire pour les deux derniers trimestres 2020, mais aussi pour le premier trimestre 2021 selon le même mécanisme, qui avait été initié en décembre, pour tous les établissements qui ont subi une chute du taux d'occupation de plus de 10 %.

Je terminerai enfin par une note positive qui ressort de cette étude : il apparaît que 73 % des institutions ont ainsi vu émerger des nouvelles pratiques, comme les échanges de bonnes pratiques et la consultation des résidents et des familles dans la gestion de l'épidémie et en communauté.

Vous dire également, mais je pense que cette information, je l'ai rendue publique, donc vous en êtes probablement informés, parce que je suis sûre que vous suivez cela avec beaucoup d'attention : nous repassons dans l'ensemble des maisons de repos pour revacciner notamment les résidents et toutes les personnes qui le souhaiteraient dans le cadre d'une deuxième chance à nouveau, pour s'assurer que tout le personnel et surtout

tous les résidents qui rentreraient dans une institution collective de soins, comme les maisons de repos, les maisons de repos et de soin, soient protégés pour que le niveau, le taux de couverture, puisse permettre de continuer à avoir une vie sociale et une reprise des activités, une continuité. C'est vrai que leur vie a changé, depuis le mois d'avril principalement, et que les décisions que l'on avait prises dans le cadre des circulaires qui devaient être évaluées mensuellement n'ont pas dû être modifiées, ce qui en soi est une très bonne chose.

Le fait d'avoir connu une troisième vague avec un taux de mortalité qui s'est effondré dans les maisons de repos est quelque chose qui est d'une grande satisfaction. Évidemment, dans les médias, on en parle beaucoup moins parce que, quand les choses se passent bien, par définition, on ne vient pas nous interpeller. Mais je pense que tous et toutes, on doit se féliciter. On s'est bien rendu compte qu'entre la première et la deuxième vague, on avait le sentiment des premiers enseignements que l'on avait tirés que, si les personnes décédaient ou succombaient, étaient victimes du covid, c'était à la fois en raison du manque de *testing* et du manque d'équipement de protection. Il s'est avéré que, malheureusement, bien qu'ayant les deux dans le cadre de la deuxième vague, le virus est rentré de manière aussi importante, voire plus importante, dans l'ensemble des institutions de maison de repos et de soins, même s'il faut relativiser parce qu'on savait mieux identifier qui le rentrait. En tout cas, malheureusement, ces deux éléments-là, qui étaient considérés comme des éléments majeurs, ne freinaient pas. Ils retardaient au maximum, mais ils rentraient tout de même.

Le seul moyen de se sauver de cette situation, c'est la vaccination. Les résultats sont éloquentes dans le cadre des maisons collectives de soins, que ce soit dans les maisons de repos ou dans le secteur du handicap.

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – Merci, Madame la Ministre, de ces réponses. Quand vous dites qu'il y a encore trois maisons de repos qui ont des clusters, je pense qu'il est important de bien faire la distinction, de se dire que des cas, voilà, être positif, c'est peut-être ne pas avoir des cas.

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Je voudrais compléter, parce que vous avez raison. C'est un élément important pour le grand public. Il y a des clusters, il y en a eu plusieurs dizaines, en fait ; des tout petits clusters, pas de 10. Des clusters de 10, on a eu jusque cinq dans le cadre de la troisième vague – cinq ou six dans les maisons de repos. Parfois, c'est arrivé qu'il y ait une

dizaine de personnes contaminées, mais les cas n'étaient pas sévères. En fait, la vaccination ne vous empêche pas de contracter la maladie, même si c'est très efficace. Mais quand vous contractez la maladie, vous la contractez dans une forme qui est beaucoup moins sévère, de manière bénigne, et donc cela ne pose pas de problème dans la vie quotidienne même si quelqu'un comme Erica Vlieghe et l'ensemble du GEMS ou du RA ont attiré l'attention sur les spécificités et sur le danger de vouloir déconfiner trop vite. Parce que, dans une certaine mesure, ici, on devait protéger les personnes âgées non pas d'elles-mêmes, mais de leurs enfants. On avait peur qu'elles contaminent leurs enfants de 60 ans qui auraient pu, eux, développer un covid sévère.

C'est plutôt une mesure de protection à l'égard de leur entourage qu'à leur égard. Mais soyons clairs : malgré le fait que le virus ait continué à circuler, il a été totalement circonscrit grâce à la vaccination avec des taux d'hospitalisation – cela a été relayé dans les conférences de presse – qui étaient quasi inexistantes.

M. le Président. – La parole est à M. Heyvaert.

M. Heyvaert (Ecolo). – C'était juste pour dire que c'était important de faire cette distinction, sinon certains utilisent ces arguments pour dire que la vaccination ne fonctionne pas et donc c'est très important. L'étape prochaine, qui sera un retour à la vie réelle dans les maisons de repos, sera importante. Maintenant, je pense qu'il faut être prudent et avancer aussi dans la vaccination générale de la population pour y arriver.

Les maisons de repos sont un bon exemple de ce qui fonctionne, c'est une vie en communauté et donc on sait y arriver. Quand on vivra comme dans les maisons de repos dans toute la société, on pourra se dire que l'on peut vivre normalement.

**QUESTION ORALE DE MME RYCKMANS À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LES INÉGALITÉS ACCRUES ENTRE LES
FEMMES ET LES HOMMES ET LES IMPACTS
GENRÉS DE LA CRISE COVID-19 »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Ryckmans à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les inégalités accrues entre les femmes et les hommes et les impacts genrés de la crise covid-19 ».

La parole est à Mme Ryckmans pour poser sa question.

Mme Ryckmans (Ecolo). – Madame la Ministre, des études de plus en plus nombreuses et concordantes mettent l'accent sur les inégalités accrues en matière de genre qui surviennent avec la crise covid-19. Le Conseil consultatif pour l'égalité entre les femmes et les hommes à Bruxelles a mené une étude sur le creusement des inégalités de genre dans le cadre de la crise sanitaire. Ces inégalités de genre préexistaient largement, on le sait et on s'en doute, avant la crise. *Le Soir* du 20 avril revient sur ce constat plus qu'interpellant qui nécessite de manière rapide, concertée et forte des actions à court terme et des engagements à long terme.

Quelles sont les données dont vous disposez pour éclairer ce constat ? Rien ne nous laisse en effet penser que la situation serait différente en Wallonie. Partagez-vous donc les constats de cette étude et quelle est votre analyse de cette étude bruxelloise en termes de pistes à proposer ?

Le Conseil bruxellois sort 19 chiffres-chocs. Par exemple, 4 100 Bruxelloises ont quitté le marché du travail, alors que 5 345 Bruxellois y sont entrés. Le taux d'activité des femmes a diminué de 1 % et il a augmenté de 1,3 % pour les hommes, donc l'écart se creuse. Qu'en est-il en Wallonie ?

Cela se traduit aussi dans les allocations de chômage temporaire, plus faible pour les femmes : jusqu'à 131 euros en moins en moyenne pour les femmes. Les congés parentaux sont pris essentiellement par des mamans bruxelloises : 71,5 %, et le taux est identique dans le privé et dans le public. Qu'en est-il en Wallonie ?

Quelles sont les démarches entreprises pour disposer et collecter des données – c'est un premier volet évidemment très important – et, deuxièmement, mettre en œuvre des politiques palliatives pour éviter le creusement encore de ces écarts ?

On le sait, les métiers essentiels sont exercés par des femmes : près de 100 % pour les soins familiaux et complémentaires, plus de 80 % dans les centres de santé mentale. Le taux de pauvreté des femmes déjà fort élevé avant la crise risque de se creuser et de se marquer d'autant plus pour 86 % des familles monoparentales qui, en Région bruxelloise, sont des femmes cheffes de famille. La question est semblable en Wallonie.

Il est évident, selon moi, que le Plan de réduction de la pauvreté doit anticiper cette situation.

Madame la Ministre, pouvez-vous nous expliquer comment vous faites pour intégrer cet enjeu dans le Plan de lutte contre la pauvreté du Gouvernement et dans vos compétences propres ?

En Wallonie, le plan Genre transversal a été approuvé pour 2020 à 2024 ; vous nous le présenterez bientôt. Le reconfinement a empêché que vous nous le

représentiez en comité d'avis ; ce sera fait bientôt, mais, qu'en est-il ?

Le plan Get up Wallonia devrait être suivi dans cette dimension égalitaire par le biais d'une experte, Catherine Fallon, dont vous nous avez déjà parlé ici. Je voulais savoir où cela en est. Comment la lecture genrée se construit-elle ? Comment entendez-vous porter une politique transversale en la matière ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, le rapport du Conseil bruxellois de l'égalité entre femmes et hommes révèle que la crise sanitaire creuse les disparités de genre, notamment en matière de santé mentale. De plus fortes tendances dépressives, des niveaux d'anxiété plus élevés, ainsi des effets de fatigue mentale exacerbée sont observés chez les femmes.

Je ferais une petite parenthèse. Tout à l'heure, je ne sais pas si vous étiez là dans le cadre des auditions que l'on a eues en matière de santé mentale. Là, c'est exactement l'effet inverse : le taux de suicide est beaucoup plus important chez les hommes que chez les femmes, justement parce que dans la culture, et dans la culture ambiante de domination masculine, un homme n'exprime pas ses émotions, il ne fait pas appel à des services d'aide. Malheureusement, quand la situation se dégrade, plutôt que d'en parler, plutôt que de consulter, il arrive que des hommes, plus que les femmes, arrivent à des situations extrêmes, comme se donner la mort par pendaison ou pas arme à feu. Ce sont les deux moyens les plus souvent utilisés dans le cadre du suicide, qui frappe plus souvent les hommes que les femmes.

Néanmoins, pour les femmes, on remarque de plus fortes tendances dépressives, des niveaux d'anxiété plus élevés, des effets de fatigue mentale exacerbés. Les enquêtes de santé covid-19 de Sciensano montrent aussi que les femmes ont été davantage touchées que les hommes par la survenue de troubles anxieux durant la crise. Cependant, les hommes semblent avoir été autant touchés que les femmes par les troubles dépressifs durant la crise, mais ils le signalent moins.

Le genre est un déterminant social de la santé mentale. Les normes, les rôles, les identités, les attentes sociales envers les femmes, les hommes et les personnes de diverses identités de genre influencent les comportements des individus en matière de santé mentale, ainsi que la perception des besoins de chacun d'eux et les réponses qui y sont apportées.

Le CWAF avait, de son côté, remis un rapport en juillet de l'année dernière sur l'impact du covid sur la situation des femmes qui va globalement dans le même sens que le rapport bruxellois concernant les questions de précarité, de gestion de la vie privée avec la vie

familiale, de la santé mentale ou encore de violences. Toutefois, en Wallonie, en matière d'emploi, le FOREm indique qu'en moyenne la demande d'emploi en Wallonie était en 2020 plus élevée de 3 % par rapport à 2019. Une augmentation de 1,6 % pour les femmes et 1,4 % pour les hommes. La situation opposée à Bruxelles pourrait être liée à une structure sectorielle différente de chaque marché régional. Comme prévu dans la note d'orientation relative au plan de sortie de la pauvreté adopté le 25 juin par le Gouvernement, les mesures du plan piloté par le ministre-président intégreront transversalement la dimension du genre.

Par ailleurs, l'adoption du Plan genre par le Gouvernement wallon le 4 mars dernier indique la volonté que nous avons de nous inscrire dans cette voie. Certaines mesures du plan répondent aux difficultés exacerbées par la crise que les femmes subissent, notamment en matière d'emploi ou de lutte contre les violences.

Enfin, conformément à la demande de la commission, l'ensemble des ministres wallons ont veillé à intégrer la dimension du genre dans leurs projets du Plan de relance

En ce qui concerne Get up Wallonia, le conseil stratégique a émis son rapport final le 20 avril dernier. Le processus de sélection des mesures et d'opérationnalisation est en cours.

M. le Président. – La parole est à Madame Ryckmans.

Mme Ryckmans (Ecolo). – Je reviendrai vers Mme la Ministre pour avoir plus de précisions sur les chiffres et sur l'éventuelle possibilité d'une comparaison terme à terme des différents chiffres chocs de l'étude bruxelloise qui en comprend 19. Elle comprend aussi toute une série de recommandations pour la situation de Bruxelles. On peut voir aussi comment elle voit les choses en Wallonie pour que nous puissions avoir une indication plus précise sur chacun des indicateurs.

Nous devons bien tous garder à l'esprit l'importance de travailler ces questions de manière genrée. En fonction des situations concrètes, il faut mettre en œuvre les actions nécessaires pour ce faire.

Dans le cadre du Plan genre transversal et dans le Plan de relance ainsi que dans le plan Get up Wallonia, un accent particulier devra être mis sur l'identification des budgets. C'est un leitmotiv sur lequel je reviens toujours, mais il faut savoir quels sont les moyens qui sont affectés à chacune des politiques pour résoudre les inégalités ou les réduire. C'est essentiel.

**QUESTION ORALE DE MME GREOLI À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LE
MONDE CARCÉRAL »**

**QUESTION ORALE DE MME GREOLI À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA VACCINATION DANS LES PRISONS »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les questions orales à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes de Mme Greoli :

- sur « la promotion de la santé dans le monde carcéral » ;
- sur « la vaccination dans les prisons ».

La parole est à Mme Greoli pour poser ses questions.

Mme Greoli (cdH). – Madame la Ministre, je vais enchaîner deux questions qui portent sur l'état de santé dans les prisons, qu'elles soient pour les collaborateurs dans les prisons ou pour les détenus.

Il y a deux volets à mes questions puisqu'elles sont jointes.

La première porte sur les avancées dans le cadre des politiques de prévention de santé qui sont aujourd'hui organisées en prison. Je vous rappelle que lors de la législature précédente, Véronique Salvi était à la tête d'un groupe qui a réalisé une étude particulièrement intéressante du Parlement wallon sur l'état de santé mentale en particulier et l'état de la prévention dans les prisons. Dans ce cadre, il avait été lancé en 2019, par moi-même, un excellent travail en collaboration avec l'ASBL « Impasse pour l'impasse » dans le but de mener à bien un projet de prévention de santé.

Depuis la crise, je peux comprendre qu'un certain nombre de choses et d'urgences sont passées par là. Il n'empêche, Madame la Ministre, que c'est le moment de savoir où en est ce projet. Quel est l'état des lieux des actions existantes en matière de promotion de la santé, de gestion des assuétudes et de réduction des risques qui devait être mené par l'opérateur scientifique accompagnant ce projet pilote ?

Ces opérateurs ont-ils pu vous fournir les éléments probants sur l'état de santé des détenus comme il était prévu ?

Le comité d'accompagnement qui devait se réunir au premier trimestre 2021 s'est-il réuni ? Qu'en est-il de

l'autoévaluation qui devait être faite comme le prévoyait l'appel à candidatures ? Le bilan des actions est-il positif ?

Enfin, l'appel à projets de départ précisait que la mise en œuvre portait sur trois ans et pourrait être renouvelé. Quelles sont vos intentions ?

Je continue avec ma seconde question, Monsieur le Président. Elle porte plus spécifiquement, en termes de prévention et de promotion de la santé, sur la vaccination dans les prisons.

Madame la Ministre, je vous ai entendue tout à l'heure rappeler que le personnel des prisons serait vacciné. On a vu plusieurs *clusters* dans les prisons, et il y a eu une situation particulièrement alarmante de la contagion dans les prisons. On sait que le personnel sera pris en compte dans la phase 1B de la campagne et que les détenus de plus de 65 ans ou présentant des comorbidités seraient pris aussi en charge.

Je vous avoue que je ne comprends pas bien pourquoi on n'a pas traité la question de la vaccination dans les prisons de la même manière que dans les institutions avec des vies que j'appellerais collectives. Pourquoi n'est-ce pas l'ensemble des détenus qui ont été vaccinés dans ce cadre, ou mis en priorité ?

Dans ce cadre, quelle est l'approche de l'organisation de la vaccination dans ces institutions ? Comment va-t-elle s'organiser concrètement ? Combien de temps va durer cette vaccination ? Qui seront les personnes qui auront la charge de pratiquer la vaccination dans les prisons ?

Je sais que la répartition des compétences est particulièrement compliquée, à la fois en matière de santé, mais parfois aussi en matière de justice. En particulier, la compétence de la promotion et de la prévention de la santé et de la vaccination qui se retrouvent dans la prévention a parfois fait l'objet de longs ping-pong entre le Fédéral et les Régions.

La CIM du 19 avril a-t-elle permis de clarifier les choses ? Dans ce cadre, avez-vous envisagé une réforme des soins de santé dans les prisons ? Quel est l'état de vos discussions avec le Gouvernement fédéral ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, malgré la crise sanitaire, le projet se met en place. Il a été très bien accueilli par l'ensemble des établissements pénitentiaires par sa philosophie et sa vision transversale. Au vu de l'enthousiasme autour de ce projet et de sa dynamique, les autorisations d'entrées dans toutes les prisons wallonnes ont d'ailleurs été octroyées depuis fin septembre 2020.

Outre les partenaires du projet, l'Un pass dans l'impasse – qu'on a entendu tout à l'heure détaillait la manière dont ils travaillaient – a pu rencontrer, afin de mettre en place des collaborations pertinentes, différents acteurs clés du milieu pénitentiaire : l'Administration générale des maisons de justice, la Direction générale des établissements pénitentiaires, l'Observatoire international des prisons avec la section belge, et cetera.

L'état des lieux des actions existantes en matière de promotion de la santé, de gestion des assuétudes et de réduction des risques est mené en collaboration avec la plateforme universitaire ESPRist-ULiège.

Compte tenu de la situation sanitaire actuelle au niveau sanitaire, une ligne téléphonique gratuite a été mise en place, en plus des entretiens et des questionnaires. En parallèle, l'organisation d'entretiens qualitatifs auprès des directions se prépare, ainsi qu'une enquête en ligne auprès du réseau. Près de 220 témoignages ont pu être récoltés entre le 21 décembre 2020 et le 31 mars 2021. La prochaine étape sera alors d'établir un plan d'action en collaboration avec les opérateurs wallons actifs en prison. Pour rappel, la convention pluriannuelle est en cours jusqu'au 30 novembre 2022.

La vaccination des détenus et des gardiens de prison a fait l'objet de discussions au sein de la *task force* vaccination, mais aussi en Conférence interministérielle santé.

Il a été décidé de prendre dans un premier temps les travailleurs des prisons et des centres pénitentiaires et les détenus de 65 ans et plus, ainsi que les détenus qui ont des comorbidités. Il n'y a aucune raison qu'il y ait des discriminations entre la vaccination qui a lieu extra-muros et intra-muros.

Les gardiens ont été intégrés dans les fonctions critiques de la phase 1B. Les critères de cette phase – l'âge de plus de 65 ans ou les comorbidités – s'appliquent également aux détenus dont l'état de santé est le plus précaire. Pour les autres, ils seront vaccinés comme le reste de la population en phase 2.

L'organisation de la campagne de vaccination est au sein des prisons strictement fédérale. Les doses sont distribuées à partir du hub de l'hôpital militaire Princesse Astrid et administrées par le personnel pénitentiaire qualifié pour les soins, éventuellement avec l'appui de la Défense.

La seule chose qui a été demandée aux Entités fédérées est uniquement d'autoriser le recours à la réserve stratégique et le réapprovisionnement de celle-ci à partir de leurs quotas, ce qui a été accepté.

Quant à ma position sur la prévention et la promotion de la santé dans les prisons, je soutiens la nécessité d'ouvrir les prisons aux acteurs de promotion de la santé et prévention, pour qu'ils puissent y mener

des actions concertées avec les administrations pénitentiaires. Les détenus doivent être traités comme d'autres citoyens. Je ne manquerai pas de vous tenir informée de l'évolution du projet de renfort de promotion de la santé en prison.

M. le Président. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Je vois que ce projet est particulièrement important. C'était un beau projet, sur base d'un travail parlementaire. Je vois que vous comme moi avons pris la dimension de l'importance de ce travail parlementaire, et surtout l'importance de ce travail à l'intérieur des prisons. C'est une excellente nouvelle.

J'ai aussi entendu que vous aviez bien noté que ce projet courait jusque 2022. C'est une de mes questions à laquelle vous n'avez pas répondu, je pense qu'il sera temps de voir s'il ne faut pas le prolonger et en assurer la dynamique dans le prolongement, vu les évaluations positives.

En ce qui concerne l'ouverture aux acteurs de promotion et de prévention de santé, nous nous retrouvons exactement sur la même longueur d'onde. Je pense que c'est essentiel.

Le fait que ce soit le Fédéral qui s'occupe pleinement de la vaccination dans les prisons, j'en prends bonne note. Je vous avoue que je ne comprends toujours pas pourquoi on a fait une différenciation entre les professionnels, les plus de 65 ans et tous les autres, alors que les professionnels ou les détenus sont « côte à côte » à longueur de temps dans une forme d'institution. Je pense que si on voulait avoir une réelle politique de gestion du risque, il aurait peut-être fallu choisir de vacciner tout le monde.

Je vous remercie pour vos réponses, et je reviendrai vers vous par rapport à ce projet important.

(Mme Lekane, Vice-présidente, prend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE M. LEGASSE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE RESPECT DES MESURES DE
QUARANTAINE ET DE TESTING LORS D'UN
RETOUR DE L'ÉTRANGER »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le respect des mesures de quarantaine et de testing lors d'un retour de l'étranger ».

La parole est à M. Legasse pour poser sa question.

M. Legasse (PS). – Madame la Ministre, la réouverture des voyages non essentiels depuis le 19 avril s'accompagne de mesures imposant la quarantaine et le *testing* des personnes qui quittent le territoire plus de 48 heures à destination d'une zone rouge.

La législation wallonne prévoit diverses mesures permettant d'assurer le respect de ces mesures. L'adoption le mois dernier d'un accord de coopération visant à assurer le transfert des données vers les autorités locales, doit permettre de renforcer le contrôle du respect de la quarantaine.

Précédemment, les autorités wallonnes misaient essentiellement sur la prévention et la sensibilisation des citoyens à l'importance de se placer en quarantaine et de respecter les délais pour le *testing* lors d'un retour de l'étranger. Bien que cette option soit préférable à la répression, lorsque certaines personnes décident de ne pas respecter ces mesures, elles participent de facto à la propagation du virus au sein de la population, si elles sont contaminées.

Comment le Gouvernement wallon entend-il, avec l'autorité fédérale, assurer le respect des quarantaines imposées aux voyageurs qui entrent sur le territoire wallon ? Avez-vous prévu un renforcement du nombre d'agents chargés de contrôler le respect de la quarantaine ? Comment la collaboration avec les autorités locales et la police est-elle mise en œuvre ? Les informations du formulaire PLF sont-elles mises à disposition des équipes de *tracing* wallonnes afin qu'elles puissent contacter rapidement les voyageurs ?

Les sanctions seront-elles appliquées pour les personnes qui ne se conforment pas au respect de la quarantaine et du *testing* au retour ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, lors de leur retour en Belgique, les voyageurs sont invités à remplir le très wallon *Passenger locator form* et un SMS informant des mesures à suivre est envoyé pour une mise en quarantaine et un dépistage. Des procédures existent pour s'assurer que ces mesures sont bien respectées. En effet, sur base du PLF complété – tous bons mots wallons méritent d'être mis sous acronyme – complété avant de rentrer sur le territoire belge. Le *call center* appelle la personne pour la sensibiliser, s'assurer du bon respect des mesures et vérifier si la personne a besoin du soutien pour le respect de sa quarantaine. Si l'appel n'aboutit pas ou que la personne refuse de collaborer, un agent de terrain dépendant des mutuelles est envoyé au domicile renseigné par le PLF.

Dans l'éventualité où la personne n'est pas à son domicile, un avis de passage sera laissé par l'agent de terrain demandant à la personne d'appeler le *call center* sans plus attendre puisque, par définition, quand bien même une personne pourrait se trouver en quarantaine, il lui est autorisé d'aller chercher à manger, d'aller à la pharmacie, par exemple, ou d'aller chez son médecin. Il peut y avoir des raisons qui expliquent que la personne n'est pas à son domicile et, quand elle rentre, elle doit prendre contact avec le *call center*.

Les situations d'absence de collaboration sont transmises aux inspecteurs d'hygiène régionaux qui, sur base des informations disponibles, évaluent le risque de contamination et communiquent les situations qu'ils estiment à risque au bourgmestre de la commune de manière confidentielle, à sa seule attention, et dans le respect du RGPD, afin que la police effectue un contrôle pouvant conduire à l'établissement d'un procès-verbal à l'attention du procureur du Roi.

Une approche de prévention pédagogique reste privilégiée pour sensibiliser à l'importance du respect de la quarantaine. Pour rappel, la quarantaine et le dépistage couplés au suivi de contact sont ou constituent en partie les clés d'une bonne gestion du risque pour interrompre rapidement la chaîne de transmission.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Legasse.

M. Legasse (PS). – Je voulais simplement remercier Mme la Ministre d'avoir donné autant de détails précis sur la procédure pas à pas, en espérant que le procureur du Roi ne doive pas sanctionner davantage que de raison. Je vous remercie.

**QUESTION ORALE DE M. LEGASSE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA TRANSMISSION DU VIRUS SARS-COV-2
PAR LES ANIMAUX DOMESTIQUES »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la transmission du virus SARS-CoV-2 par les animaux domestiques ».

La parole est à M. Legasse pour poser sa question.

M. Legasse (PS). – Madame la Ministre, selon une enquête anglaise de mars dernier, les animaux domestiques peuvent être infectés par le variant britannique du coronavirus. Il est en effet paru étrange pour les vétérinaires d'une clinique britannique que les cas de myocardite eussent augmenté de manière significative chez les chiens et les chats.

Après analyse plus poussée, il s'est avéré que les maîtres de ces animaux avaient développé les symptômes respiratoires du covid peu de temps avant qu'ils ne tombent malades et les prises de sang ont révélé une infection au variant britannique chez ces chiens et ces chats. Il semblerait donc que ce variant extrêmement transmissible passe aussi des humains aux animaux.

Au niveau wallon et belge, avez-vous avec vos homologues commandité de nouvelles études afin d'étayer ce mode de transmission possible ?

Comment le Gouvernement appréhende-t-il ce nouveau mode de transmission ?

Peut-on craindre une transmission du coronavirus par les animaux domestiques ?

Comment intégrer ce facteur dans la lutte contre la pandémie ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, le Risk Assessment Group Covid Animals, le RAGCA – donc le pendant du Risk Management Group, que l'on appelle le RMG pour la santé animale – nous a effectivement transmis ses premières analyses concernant l'article que vous citez.

Tout d'abord, il est important de préciser que cet article, conformément aux exigences de validation scientifique, n'a pas encore été revu par les pairs. Le RAGCA précise que les animaux de compagnie ne jouent actuellement pas de rôle significatif dans la transmission de la pandémie humaine. Les nouvelles données provenant de l'article ne changent pas cette opinion. Certains animaux de compagnie sont, en effet, vulnérables par rapport à l'infection par le SARSCoV-2 – notamment chien, chat, furet – et peuvent très facilement se contaminer au contact d'un humain préalablement infecté.

Autre élément, le plus grand risque d'infection pour l'homme reste l'Homme – avec un grand H -.

L'article suggère une incidence accrue de myocardites chez les animaux de compagnie infectés par le variant britannique, mais ceci sur un très faible nombre d'animaux.

Mon cabinet et moi, ainsi que les différentes structures d'évaluation du risque du pays, restons cependant attentifs au fait que les choses peuvent évoluer en tout temps – c'est le propre d'une épidémie – afin de mettre en place des mesures le cas échéant.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Legasse.

M. Legasse (PS). – Soyons attentifs et restons prudents. Espérons que le *risk assesment group covid animal* ne détecte pas d'autres problèmes dans le cadre d'études suivantes, qui pourraient malheureusement nous conduire à nous préoccuper aussi des animaux de compagnie.

(M. Legasse, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE DÉPISTAGE ET LE TRACING DANS LE
CADRE DE LA VACCINATION »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le dépistage et le *tracing* dans le cadre de la vaccination ».

La parole est à Mme Lekane pour poser sa question.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, alors que, le nombre de contaminations ne diminue pas il est d'autant plus fondamental d'avoir une stratégie de dépistage et de *tracing* le plus efficace possible.

Dans le cadre du *tracing* nous pouvons nous inspirer de la lutte contre la tuberculose qui a déjà montré son efficacité. Je me permets de citer le professeur Arrazola, directeur de l'Association flamande pour les soins de santé respiratoire : « Le gestionnaire d'un cas index et de tous ses contacts doit être une personne qui vit géographiquement à proximité du cas index, donc quelqu'un qui connaît bien le quartier. C'est tout à fait contraire à ce qui a été choisi, à savoir les call-centers centralisés et privés. Il insiste sur le fait que d'avoir des personnes connues localement au bout du fil permet d'instaurer une relation de confiance.

Actuellement, selon lui, les agents s'en tiennent à des scénarios fixes trop robotiques alors que les conversations seraient beaucoup plus naturelles avec des agents locaux ».

Le professeur Arrazola explique également : « Nous devrions retirer ces agents des call-centers privés et les intégrer dans les communautés locales, les structures locales et les administrations locales, en étroite collaboration avec les médecins généralistes locaux ».

Voici mes questions :

Pouvez-vous nous expliquer concrètement comment se déroule le *tracing* ?

Y a-t-il un suivi individuel des cas Covid – une personne suit un cas Covid dans la continuité – ?

Allez-vous revoir la stratégie de *tracing* dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 ?

Allez-vous privilégier une approche plus locale de ces *tracings* comme le recommande la professeur Arrazola ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, le suivi de cas – le *tracing* – est fondé sur le dépistage : il consiste à contacter tout cas dépisté positif que l'on appelle cas index, à identifier les contacts de la personne potentiellement contaminée en vue de les mettre en quarantaine afin de rompre la chaîne de transmission du virus.

Concrètement, les résultats de laboratoire à la suite d'un dépistage sont injectés dans une base de données mise à la disposition du call-center. Celui-ci appelle les cas index en vue d'identifier les personnes avec lesquelles il a été en contact pour les informer qu'elles sont potentiellement contaminées, prodiguer des conseils de prévention et mettre en quarantaine préventive les personnes ayant eu un contact étroit.

Si les personnes ne peuvent être jointes par téléphone, un agent de terrain se rend sur place afin d'effectuer la mission, mais aussi évaluer s'il est nécessaire d'apporter de l'aide à la personne en quarantaine ou en isolement.

Pour plus de détail, je vous invite à consulter le site de l'AViQ à l'adresse <https://covid.aviq.be/fr/tracing>.

Le suivi est individuel et fondé sur des outils qui garantissent la continuité de la prise en charge.

Une réflexion sur l'évolution du suivi de cas est en cours de réflexion au sein de mon cabinet, avec l'appui de l'AViQ, laquelle a vu sa cellule de surveillance des maladies infectieuses renforcée au cours de ces derniers mois. Cette cellule se restructure autour des différents outils et partenariats locaux développés durant cette crise sanitaire que nous vivons dans une optique d'amélioration continue des processus de gestion d'épidémie et de suivi de cas.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Je vous remercie pour l'ensemble de votre réponse.

On pense que, en fait, il y a vraiment moyen de travailler d'une manière plus locale au niveau du *tracing* et du suivi de contact. On continuera à revenir vers vous

pour avoir de plus amples informations quant au suivi et à l'évolution de la stratégie.

**QUESTION ORALE DE MME VANDORPE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LES SUITES DU PLAN WALLON
ACCESSIBILITÉ POUR LES PERSONNES À
MOBILITÉ RÉDUITE »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Vandorpe à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « les suites du Plan wallon accessibilité pour les personnes à mobilité réduite ».

La parole est à Mme Vandorpe pour poser sa question.

Mme Vandorpe (cdH). – Madame la Ministre, comme vous le savez, le 30 avril a lieu la Journée mondiale des mobilités et de l'accessibilité. C'est l'occasion de revenir sur les suites que vous annonciez donner au Plan accessibilité wallon qui a été adopté par Maxime Prévot en 2017. Son objectif était d'améliorer et de promouvoir l'accessibilité des bâtiments, des transports et des services pour les personnes à mobilité réduite, 28 mesures avaient été identifiées en concertation avec le secteur. Ce plan est arrivé à terme en 2019.

Je vous avais interrogée sur votre volonté de poursuivre ou non ce plan. Vous avez annoncé que vous alliez commencer par créer un groupe de travail sur le sujet.

Malgré la crise, avez-vous pu constituer ce groupe de travail ? Les travaux ont-ils pu commencer ?

Vous aviez aussi annoncé votre volonté de désigner au sein de chaque cabinet et dans les administrations relevant de leurs compétences, un référent « handicap et accessibilité ». Où en êtes-vous dans cette ambition ? Quels sont les engagements des différents ministres de votre gouvernement par rapport à leurs politiques d'accessibilité ?

Cette approche fera-t-elle l'objet d'un nouveau plan ? Avez-vous prévu de nouveaux moyens pour ce faire ?

Enfin, j'aimerais vous entendre sur la création d'une conférence interministérielle consacrée à la politique du handicap annoncée dans la DPR. Celle-ci mentionne que cette conférence interministérielle « sera notamment chargée d'élaborer un plan ambitieux avec toutes les parties concernées sur base d'une évaluation des besoins ». Cette CIM est-elle sur le point d'être lancée ?

Servira-t-elle de base à l'ébauche de ce nouveau plan d'accessibilité ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, comme je vous l'avais précisé, nous avons préparé un courrier cosigné par le Ministre-Président et moi-même que nous avons envoyé. Nous l'avons adressé à tous nos collègues pour que soit désigné au sein de leur cabinet et dans les administrations un référent « handicap et accessibilité ».

Au moment où je vous réponds, je ne dispose pas encore de toutes les réponses de mes collègues, mais je ne doute pas que celles-ci ne devraient plus tarder. Dès que ces référents seront désignés, je mettrai en place un groupe de travail, piloté par le Ministre-Président et moi-même. Celui-ci sera chargé de l'élaboration d'un projet de Plan accessibilité à soumettre à l'approbation du Gouvernement. L'enjeu est de prendre en compte la dimension du handicap dans toutes les compétences wallonnes et que chacun de mes collègues s'engage à prendre des mesures concrètes. Il y a des départements dans lesquels cela peut paraître évident comme les travaux publics, l'aménagement du territoire. Il y en a en réalité qui peuvent être largement pris dans tous les départements et s'ils sont en manque d'idées, j'en ai des tas pour eux. Je suis sûre que vous aussi.

En ce qui concerne la conférence interministérielle Santé, j'ai pris un contact, effectivement, avec Karine Lalieux qui était demandeuse de pouvoir organiser une conférence interministérielle Handicap. On a déjà eu des rencontres et des réunions entre les différents cabinets – cabinet Lalieux, cabinet Vervoort et le mien – pour aborder cette question, pour échanger à propos des thématiques que nous souhaiterions inscrire à l'ordre du jour d'une première réunion.

J'ai donc adressé officiellement un courrier à la ministre Lalieux afin que cette conférence interministérielle puisse être réactivée et reprendre ses travaux. Quant au Plan accessibilité en tant que tel, il n'est pas lié à la CIM donc on va avancer indépendamment de la tenue de la conférence interministérielle santé, quand bien même on va soutenir ce type de démarche au niveau interfédéral également. On ne veut pas se limiter en termes de temps parce que quelque part, on sait que dans les conférences interministérielles Santé, la temporalité n'est pas toujours la même pour pouvoir s'harmoniser. On avancera d'ores et déjà pour ce qui concerne la Wallonie.

M. le Président. – La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Vandorpe (cdH). – Madame la Ministre, j'entends que vous avez vraiment envie d'avancer sur ce

nouveau plan. C'est bien sûr positif et je pense qu'il ne faut pas laisser trop de mou entre les plans finalement pour avancer et assurer une continuité aussi. Je connais votre persévérance et je ne doute pas que vous allez continuer à activer vos relais.

Pour les représentants au sein des cabinets, j'entends bien que tout le monde n'a pas encore désigné son référent, mais que cela ne saurait tarder. Mais je n'avais pas compris que cela allait être les référents de chacun de ces cabinets qui allaient former le groupe de travail sur le sujet. Je pensais que cela allait être un groupe de travail avec des experts qui allaient justement travailler sur ce plan Accessibilité. J'espère que ces référents seront bien des personnes qui seront vraiment à fond dans le sujet. Sinon, je crois que cela perdra un peu de son intérêt. Je ne manquerai donc pas de revenir vers vous sur le sujet.

**QUESTION ORALE DE MME SOBRY À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA REFONTE DU PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA GÉNÉRALISATION DE
L'ÉDUCATION À LA VIE RELATIONNELLE,
AFFECTIVE ET SEXUELLE (EVRAS) EN
MILIEU SCOLAIRE »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Sobry à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la refonte du protocole d'accord relatif à la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire ».

La parole est à Mme Sobry pour poser sa question.

Mme Sobry (MR). – Madame la Ministre, à l'occasion d'une question écrite que j'avais adressée à la ministre de l'Éducation Caroline Désir, celle-ci m'avait informée de votre collaboration en vue d'une refonte du protocole d'accord entre la Communauté française, la Région wallonne et la COCOF relatif à la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle dont vous connaissez à mon avis l'acronyme, puisque vous les aimez beaucoup.

La pratique de l'EVRAS à l'école dépend beaucoup de la manière dont l'enseignant va traiter la matière, parce que d'une pratique théorique restrictive qui se limite à une éducation sexuelle basique à une pratique globale qui vise à travailler avec les élèves les dimensions relationnelles, affectives et sexuelles voire à développer une capacité critique, la différence est assez énorme. Pour cette raison, il apparaît primordial que les

enseignants puissent recevoir des formations en la matière.

En outre, il importe d'incorporer des acteurs extérieurs. Je pense notamment aux centres PMS ou à des associations, parce que les partenariats entre les écoles et les acteurs associatifs sont à cet égard d'une grande importance pour que le sujet soit abordé efficacement via des ateliers et diverses activités.

La ministre Désir m'informait que la réécriture du protocole viserait ainsi à mieux définir ce qu'est l'EVRAS, en accord bien sûr avec les critères internationaux. En outre, elle devrait préciser les objectifs des animations mises en place dans les écoles, définir des thématiques minimales à aborder, préciser les rôles des différents acteurs prenant part au processus et labelliser les intervenants EVRAS.

Dès lors, je me permets de revenir vers vous par rapport à cette refonte, Madame la Ministre.

Où en êtes-vous dans cette refonte du protocole ?

Outre son rôle éducatif, l'EVRAS peut-elle aller plus loin et sensibiliser les enfants et leur apprendre le respect des femmes et des homosexuels aussi ?

Est-ce que vous pouvez œuvrer à ce que l'EVRAS, dispensée dans les écoles traite systématiquement de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ?

Quand cette réforme pourrait-elle voir le jour ?

M. le Président. – La parole est à Mme La Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, comme vous le soulignez, je travaille actuellement en collaboration avec Caroline Désir et Barbara Trachte à la refonte du protocole d'accord sur la généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire. Le pourcentage d'élèves touché par ces animations reste trop faible et il est important de l'augmenter de manière progressive et significative.

La réécriture du protocole devrait désormais s'inscrire dans un accord de coopération construit sur base des recommandations de divers acteurs de terrain, dont les stratégies concertées EVRAS, est portée sur une meilleure définition de l'EVRAS en accord avec les critères internationaux, mais aussi les objectifs et contenus précis pour les animations EVRAS, la précision des rôles des différents acteurs prenant part au processus et la labellisation obligatoire des intervenants EVRAS.

Bien entendu, parmi les thématiques fondamentales à aborder se trouve la déconstruction des stéréotypes de genre, l'identité de genre, les caractéristiques sexuelles,

l'égalité de genre, le libre choix du ou de la partenaire, qu'il ou elle soit du même genre ou non, et la prévention des inégalités et discriminations de genre à l'égard des personnes LGBT.

La refonte du protocole réaffirmera la nécessité que les animations EVRAS se déroulent dans un contexte respectueux de chacun qui permette aux élèves de s'exprimer librement ainsi que d'intégrer et de s'appropriier les différentes notions de vie relationnelle, affective et sexuelle.

M. le Président. – La parole est à Mme Sobry.

Mme Sobry (MR). – Je vous remercie, Madame la Ministre, et je suis ravie d'entendre vos éléments de réponse.

Récemment, j'ai rendu visite à la maison arc-en-ciel de Charleroi et son responsable m'expliquait qu'il y avait encore énormément de travail éducatif à faire pour lutter contre ces stéréotypes. Je trouve donc que l'EVRAS trouve encore plus de sens là-dedans, parce que cela permet que des thématiques comme cela soient abordées dans le cadre global de l'EVRAS, global dans le sens où il dépasse la problématique seule des identités de genre ou de l'orientation sexuelle, et donc je pense que c'est aussi dans des cadres plus globaux d'éducation qu'on pourra lutter petit à petit contre ces stéréotypes.

(Mme Greoli, doyenne d'âge, prend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE M. LEGASSE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DU
SECTEUR DES MAISONS DE REPOS »**

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA SITUATION FINANCIÈRE DES MAISONS
DE REPOS (MR) ET DES MAISONS DE REPOS
ET DE SOINS (MRS) »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle les questions orales à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes de :

- M. Legasse, sur « le renforcement du financement du secteur des maisons de repos » ;
- Mme Lekane, sur « la situation financière des maisons de repos (MR) et des maisons de repos et de soins (MRS) ».

La parole est à M. Legasse pour poser sa question.

M. Legasse (PS). – Madame la Ministre, à plusieurs reprises, les représentants des fédérations des maisons de repos et les syndicats du secteur ont fait part de leurs craintes quant à l’avenir de l’emploi dans le secteur. Ces craintes sont notamment liées à la baisse de fréquentation des établissements qui, fortement touchée par les vagues et l’image négative qu’elle a véhiculée de la covid-19 dans la population, a réduit les apports des résidents.

Alors que les syndicats craignent des licenciements, les travaux menés en lien avec la commission spéciale ont montré qu’il était pourtant essentiel de renforcer l’encadrement dans les maisons de repos et d’engager du personnel supplémentaire, qui ne se limite pas au personnel soignant.

L’érosion des nouvelles entrées liées à l’image négative qui frappe le secteur a pour conséquence des entrées financières, et des entrées en général de plus en plus tardives de nouveaux résidents impliquant des pathologies et une perte d’autonomie plus forte chez eux, et donc la nécessité d’un encadrement plus important.

Le 8 avril dernier, le Gouvernement a adopté plusieurs mesures visant à soutenir le secteur jusque septembre 2021. Comment ces mesures seront-elles traduites ?

Comment et quand les moyens débloqués seront-ils liquidés ?

Comment entendez-vous renforcer le cadre du personnel au sein des structures d’hébergement pour personnes âgées dans les prochaines années ?

Quelles actions envisagez-vous afin de soutenir les maisons de repos dans la nécessité de redorer leur image auprès de la population afin que l’érosion des nouvelles entrées soit endiguée ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Lekane pour poser sa question.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, la situation financière d’une partie des maisons de repos et maisons de soins est alarmante. Selon M. Frédéric, secrétaire général de la Fédération belge des maisons de repos, le forfait moyen dans une maison de repos est de 50 euros par jour et par résident. Le forfait moyen d’intervention pour les soins est lui aussi de 50 euros. Pour chaque lit vide, c’est 100 euros perdus par jour, et si un institut a 10 lits vides, cela signifie qu’il existe un manque de 1 000 euros par jour. À cela, il faut ajouter des frais fixes comme le loyer de l’établissement ou des emprunts.

Sachant qu’aujourd’hui, il y a en moyenne 10 % de taux d’occupation en moins, il est donc compréhensible

que la situation soit difficile financièrement pour certains de ces établissements. L’une des solutions avancées est de maintenir les aides au secteur. Le secteur demande que les aides ne soient pas basées sur les références de l’année passée, car le bilan financier était déjà impacté par la crise. On pourrait baser les aides sur le bilan de 2019.

Je réitère des questions qu’on vous avait déjà posées. Comment comptez-vous soutenir financièrement les maisons de repos ?

Une aide financière basée sur le bilan de l’année 2019 et non de l’année dernière est-elle envisageable ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l’Emploi, de la Formation, de la Santé, de l’Action sociale, de l’Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, Monsieur le Député, ce 8 avril, le Gouvernement a décidé de prolonger jusqu’au 30 juin l’immunisation du forfait journalier des maisons de repos et d’octroyer une nouvelle aide pour compenser la perte de cote-part bénéficiaire pour les deux derniers trimestres de 2020 et premier trimestre 2021. Pour tous les établissements ayant subi une chute du taux d’occupation de plus de 10 %, 50 % de sa perte réelle estimée sera compensée par le prix moyen pratiqué en Wallonie, soit 50 euros par jour. Cette aide sera octroyée si les établissements respectent trois conditions.

Un : pas de dividende versée aux actionnaires en 2020 et 2021 par les sociétés commerciales.

Deux : Engagement de ne pas introduire d’augmentation de prix de journée en 2021, hormis bien entendu les demandes liées à l’indexation.

Trois : le maintien du volume général de l’emploi, pas question de se sucrer aux dépens des travailleurs.

Cette nouvelle aide financière nécessite une collecte de données auprès des établissements. Dès que l’AViQ disposera de l’ensemble des informations, les aides seront versées aux gestionnaires.

Concernant le cadre du personnel, des discussions au sein de la commission accueil et hébergement des aînés de l’AViQ portent actuellement sur le renforcement de la norme d’encadrement via un budget de 8 millions d’euros. La mise en application doit avoir lieu début 2022 au plus tard.

Quant aux actions visant à soutenir les maisons de repos dans la nécessité de redorer leur image auprès de la population pour endiguer l’érosion des nouvelles entrées, nous travaillons notamment avec les fédérations représentatives du secteur et l’administration à la concrétisation d’une campagne d’images mettant en

valeur les initiatives positives développées dans les établissements.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Legasse.

M. Legasse (PS). – Madame la Ministre, je me réjouis d'entendre le détail des mesures qui ont été adoptées le 8 avril dernier. Cela me semble nécessaire. Ceci l'était, en tout cas. Je me réjouis également d'entendre que des moyens supplémentaires à concurrence de 8 millions d'euros seront débloqués pour l'encadrement à l'avenir. Voilà autant de bonnes nouvelles suite aux problèmes que nous avons connus lors de la première vague de la covid-19 dans les maisons de retraite.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Je vous remercie pour vos réponses parce que l'on vous avait déjà interpellée par rapport à la situation financière difficile des maisons de repos, mais vous nous aviez effectivement dit que des moyens supplémentaires allaient être dégagés. On n'avait pas vu l'explication et donc on est donc contents ici d'entendre les conditions que vous aviez mises et les montants alloués supplémentaires. Parce que, oui, on était effectivement dans la crainte de pertes d'emplois dans le secteur et des travailleurs qui se sont donnés et qui se seraient vus mis sur le carreau. On est contents d'entendre que des moyens supplémentaires sont alloués ainsi que conditionnés.

(M. Legasse, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE M. DEMEUSE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE DÉVELOPPEMENT DES LOGEMENTS
D'URGENCE ET D'UN ABRI DE NUIT À HUY-
WAREMME »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Demeuse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le développement des logements d'urgence et d'un abri de nuit à Huy-Waremme ».

La parole est à M. Demeuse pour poser sa question.

M. Demeuse (Ecolo). – Madame la Ministre, cet hiver encore, plusieurs vagues de froid polaire ont remis le sujet dans l'actualité, mais c'est évidemment toute l'année que cette situation doit nous préoccuper. La lutte contre le sans-abrisme doit mobiliser toute notre attention et notre énergie. Le Gouvernement wallon est particulièrement attentif à cette question, et vous en

particulier, encore plus dans le contexte sanitaire que nous vivons.

Je souhaiterais évoquer la situation, aujourd'hui, de l'arrondissement de Huy-Waremme où il n'existe aucun abri de nuit à l'heure actuelle, dès lors qu'aucune des 31 communes ne compte plus de 50 000 habitants. Cela pourrait passer pour certains pour du sous-localisme, mais l'enjeu est bien plus large puisque cela signifie que les personnes sans-abri sont obligées de se rendre jusqu'à Seraing, Liège ou Namur, soit à une trentaine de kilomètres, où se trouvent les abris de nuit les plus proches qui sont eux-mêmes, il faut bien le reconnaître, souvent surchargés.

Cette situation est problématique et vous avez marqué, lorsque nous en avons discuté il y a maintenant un peu plus d'une année, votre ouverture à travailler à des solutions. Vous indiquiez toutefois ne pas avoir reçu de demande officielle en ce sens.

Dès lors, pouvez-vous me dire où en est la réflexion quant à l'offre de logements d'urgence et d'abris de nuit sur l'arrondissement de Huy-Waremme en général, et dans la région hutoise en particulier ?

Pourriez-vous lister l'offre actuellement disponible en la matière dans cette zone ?

Les besoins en la matière ont-ils été objectivés ?

Des demandes de soutien vous sont-elles parvenues de la part des acteurs de terrain, des communes ou des CPAS ? Avez-vous pris des initiatives pour fédérer les différents acteurs autour de cet enjeu ?

Et puis, une question peut être plus technique, mais qui a toute son importance : l'arrondissement de Huy-Waremme pourrait-il être potentiellement éligible pour recevoir le soutien financier de la Région dans la mise en place d'un abri de nuit, le cas échéant, sous une forme intercommunale ou supracommunale ? Quelles démarches sont-elles nécessaires, le cas échéant, pour en bénéficier ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, pour le territoire de Huy-Waremme, la réglementation prévoit que le Gouvernement wallon détermine annuellement pour les abris de nuit une programmation. Celle-ci peut aussi prendre en considération des facteurs d'ordre conjoncturel qui auraient pour conséquence une augmentation du nombre de personnes en difficulté sociale dans une province. Comme vous le soulignez, un tel projet nécessite une volonté politique globale.

Vous avez raison, il n'existe aucun abri de nuit. Par contre, il existe deux maisons d'accueil sur cet arrondissement qui sont dédiées aux personnes en situation de vulnérabilité qui les prennent en charge de manière résidentielle, et depuis peu aussi un accueil de jour. Ce dispositif a été mis en place et complète les deux autres maisons d'accueil qui prennent en charge ces personnes en situation de vulnérabilité.

Une analyse de la situation, notamment au niveau des besoins peut toujours être utile. J'en profite pour rappeler, puisque vous me posez la question, qu'une demande d'agrément peut être introduite au Service public wallon Intérieur et Action sociale si cela s'avérait nécessaire. Il reste aussi disponible pour conseiller tout opérateur dans le processus de développement d'un projet.

Pour information, la subvention régionale au niveau des abris de nuit est fixée par la réglementation en vigueur à 2 500 euros par place agréée – 3 299 euros indexés – et il faut au moins quatre places pour agréer un abri de nuit.

M. le Président. – La parole est à M. Demeuse.

M. Demeuse (Ecolo). – Je remercie Mme la Ministre pour sa réponse. Vous avez raison de souligner qu'il y a des initiatives qui existent en termes de maisons d'accueil. Elles font un travail incroyable sur le terrain. Je suis allé les rencontrer récemment, et c'est vrai qu'ils font un travail fantastique. Mais l'accueil d'urgence n'est pas vraiment dans leurs missions.

Par ailleurs, il y a le fait qu'ils sont complètement débordés. Le SEF qui est une des deux maisons d'accueil a pu accueillir 59 personnes en 2020, mais ils ont dû en refuser 138. Et pour La traile qui est l'autre maison d'accueil, les chiffres sont à peu près similaires : une personne accueillie pour deux personnes refusées. Ils sont complètement débordés et saturés.

Bien souvent, pour les solutions d'urgence, c'est malheureusement souvent payer un billet de train pour aller jusqu'aux abris de nuit qui se trouvent en région liégeoise. Il y a une nécessité de structurer l'offre sur la région de Huy et de Huy-Waremme.

Je note votre ouverture en la matière dont je me réjouis. Je pense qu'on doit structurer une demande au niveau de Huy-Waremme, pour objectiver les besoins et faire en sorte qu'une structure puisse s'organiser pour répondre à cette urgence de l'accueil.

Je note que des possibilités existent. J'imagine qu'on en rediscutera, pour essayer d'obtenir un agrément avec une structure qui se mettra en place. Je vais essayer de mettre les gens autour de la table de mon côté.

(Mme Lekane, Vice-présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

INTERPELLATION DE M. LEGASSE À MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR « LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA TRANSPHOBIE »

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle l'interpellation de M. Legasse à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le renforcement de la lutte contre la transphobie ».

Mmes Ryckmans et Sobry se joignent à l'interpellation.

La parole est à M. Legasse pour développer son interpellation.

M. Legasse (PS). – Madame la Ministre, si la Belgique figure parmi les pays les plus *friendly* envers les personnes LGBTIQ+ et que notre législation comporte de nombreuses mesures visant à assurer l'égalité et la protection des personnes LGBTIQ+, les personnes transgenres demeurent parmi les publics les plus fragilisés et les plus stigmatisés, et dès lors les plus précarisés.

La transphobie reste malheureusement une réalité ancrée dans notre société qu'il convient de combattre au travers d'un renforcement des mesures qui existent déjà.

Malgré les actions menées par les associations et le monde politique, de nombreux stéréotypes et préjugés négatifs heurtent encore les personnes transgenres, et plus largement, la communauté LGBTIQ+.

Une personne transgenre est une personne dont l'expression de genre et/ou l'identité de genre s'écartent des attentes traditionnelles reposant sur le sexe assigné à la naissance. Il s'agit bien d'une question en lien avec l'identité de genre intimement ressentie et vécue par une personne, et non à son orientation sexuelle qui, elle, correspond au fait de ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle, et à avoir des relations intimes et sexuelles avec des personnes d'un genre différent, du même genre, ou de plusieurs genres.

Comme le montre l'Institut pour l'égalité des femmes et hommes – IEFH – dans l'étude « être une personne transgenre en Belgique – Dix ans plus tard », publiée en 2018, les préjugés et discriminations qui frappent les personnes transgenres engendrent une exposition plus forte de ces personnes à la précarité, vu les difficultés qu'elles rencontrent dans des domaines fondamentaux, tels que l'accès à la santé, au travail, à l'éducation, au logement et même aux services administratifs.

À travers cette étude, on apprend qu'en 2017, 70 % des répondants transgenres déclaraient par ailleurs ne

jamais vivre selon leur identité de genre, avec comme principales raisons la famille, les réactions des autres et le travail.

Face à ces constats, il convient d'agir, de renforcer les politiques actuelles et développer de nouveaux outils. La formation et la sensibilisation des acteurs de première ligne restent un des axes importants qu'il nous semble nécessaire de renforcer.

Afin de réduire les risques de précarité, il convient d'assurer les mêmes chances d'insertion sur le marché de l'emploi pour les personnes transgenres, mais aussi dans l'accès à un logement.

Lors de la dernière séance plénière, vous précisiez – suite à une question que je vous avais posée – les premières mesures que vous aviez prises afin de renforcer le budget de la Fédération Arc-en-ciel en vue d'assurer le lancement de l'ASBL Trans-Queer-Inter, TQI.

Outre les moyens dégagés pour renforcer la Fédération Arc-en-ciel dans le budget 2021, comment le Gouvernement entend-il renforcer la lutte contre la transphobie ?

Le Plan interfédéral de lutte contre l'homophobie et la transphobie de 2018 doit être actualisé.

Comptez-vous interpellier vos homologues afin qu'une évaluation de ce plan soit menée et que de nouvelles politiques soient implémentées au sein d'un nouveau plan interfédéral ?

Existe-t-il des blocages de certaines entités qui expliqueraient les retards pour ce nouveau plan ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Ryckmans qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

Mme Ryckmans (Ecolo). – Madame la Ministre, l'interpellation de M. Legasse nous donne l'occasion de réagir ou de voir quelle est la réponse de la Wallonie aux enjeux que la communauté transgenre a identifiés, et, plus largement, les discriminations à l'égard de la communauté LGBTQIA+. Je voudrais rappeler que le dernier rapport de l'institut pour l'égalité – qui est compétent pour tout ce qui concerne les discriminations à leur égard – mentionne toute une série de difficultés que ces personnes vivent dans le cadre de l'emploi, du logement ou du parcours de santé.

Je voudrais savoir quelles sont les actions mises en œuvre en Wallonie. Quelles sont les associations ? On en a parlé à travers des questions qui vous ont été posées précédemment.

Il me semble important qu'un point de contact puisse être mis en place sous forme de centre d'appel, comme il

existe en Flandre avec le Transgender infopunt. Cela existe-t-il en Wallonie ? Si oui, avec quels résultats ?

Il y a aussi la question de refuges qui est très importante.

Je voudrais rappeler le contexte et la difficulté parfois pour les communes lorsqu'il faut répondre aux questions pour les personnes transgenres, et le faire sans discrimination. C'est une des compétences que nous avons en Wallonie et il serait important, à l'occasion d'une formation avec l'Union des villes et communes de Wallonie ou avec les acteurs, les services de la Région wallonne, de l'AViQ, ou même les associations, de fournir et proposer une formation spécifique aux agents d'État civil pour savoir comment agir en la matière.

Récemment, le Parlement européen a voté une résolution très claire suite à des meurtres homophobes – on est donc au-delà de la question de la transidentité. Cette résolution est très claire et elle invite à faire barrage à toute forme de discrimination à l'égard des personnes LGBTIQ, en estimant que les autorités, à tous les niveaux de gouvernance et de l'ensemble de l'Union, devraient protéger et promouvoir l'égalité et les droits fondamentaux de tous et de garantir pleinement leurs droits. Le Parlement européen a donc déclaré l'Union européenne « zone de liberté » pour les personnes LGBTIQ. Je voudrais savoir si une telle position serait intéressante à prendre en charge aussi au niveau de la Wallonie.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Sobry qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

Mme Sobry (MR). – Madame la Ministre, il y a plus de 30 ans, en 1990 – je n'étais même pas née –, l'OMS retirait l'homosexualité et la bisexualité des maladies mentales dans sa classification internationale des maladies et en 2018 seulement, ce sont les transidentités qui ont été exclues de ce cadastre.

Aujourd'hui, il convient que nous restions vigilants sur l'impact du covid sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenre et de genres variants lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures de lutte contre la pandémie. Connaissant le souci de la ministre pour ces questions, je ne doute pas qu'elle y participe.

C'est vrai pour la problématique qui nous occupe ici, mais aussi pour toutes les autres problématiques, on a vu que le covid et les mesures prises pour y faire face exacerbent les inégalités et les discriminations. La lutte contre la pandémie n'est pas menée sur un pied d'égalité selon les publics auxquels elle s'adresse.

Ces expériences d'inégalité et de discrimination sont aggravées par le handicap, l'âge, l'ethnie, la race, le sexe, le statut d'indigène ou de minorité, le statut socioéconomique et/ou la caste, la langue, la religion ou les croyances, l'option politique, l'origine nationale, la

migration ou une situation de déplacement, le statut marital et/ou maternel, la localisation urbaine ou rurale, l'état de santé et la propriété. Cela fait beaucoup. Si bien que l'ONU alerte sur la vulnérabilité des personnes LGBTQI+ face à la crise du coronavirus, en expliquant que tout comme les détenus, les enfants, les migrants, les femmes, les personnes LGBTQI+ sont particulièrement exposés à des discriminations et à des violences en cette période d'épidémie.

Cela concerne même le domicile. C'est la contribution que je voulais amener à l'interpellation. Tout en contribuant à la lutte contre la pandémie en restant chez eux, certains enfants, certains jeunes, même certains adultes LGBTQI+ sont parfois contraints de subir une exposition prolongée à des membres de leur famille qui ne les acceptent pas. Cela exacerbe les taux de violence domestique et de maltraitance à la fois psychologique et physique.

On doit pouvoir trouver des hébergements pour les personnes LGBTQI+ en situation critique, via notamment le développement d'hébergements temporaires et des solutions accompagnement. On doit aussi pouvoir leur apporter un soutien adéquat en cette période de crise en particulier et un suivi aux appels des jeunes confinés au sein de familles réfractaires, pour ne pas dire homophobes, et qui subissent des violences psychologiques et/ou physiques.

Je n'ajoute pas de question supplémentaire, parce que celles que je comptais vous poser ont déjà été posées. Je conclus avec la nécessité de continuer à déployer les mesures qui sont déjà présentes dans notre DPR. Je tenais à me joindre à l'interpellation de M. Legasse, que je remercie aussi, pour réaffirmer notre soutien à la communauté LGBTQI+, et notre volonté de renforcer la lutte contre les discriminations à leur égard.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Je ne sais pas comment amener le sujet... À défaut de pouvoir fêter l'anniversaire de mon fils avec lui, je profite de l'occasion pour lui souhaiter à distance un bon anniversaire, puisque ma soirée sera avec vous plutôt qu'avec lui.

C'est l'occasion de vous dire que ce genre de sujet, comme avec d'autres adolescents, est largement adapté dans le cadre de son éducation. Je souhaite à tous les parents de faire pareil avec leurs enfants. Cela fera des êtres qui auront une meilleure manière d'appréhender la société quand ils seront adultes et qu'ils feront preuve de non-violence, contrairement à ce que l'on constate encore aujourd'hui au quotidien dans notre société, à Liège ou ailleurs.

Monsieur et Mesdames les Députés, vous soulignez avec justesse que les personnes transgenres sont particulièrement discriminées dans notre société et qu'elles éprouvent des difficultés dans le cadre de leur recherche d'emploi, de logement, dans leur parcours de santé ou dans l'accès à certains services.

De nombreuses actions sont en effet menées par les associations de l'Institut pour l'égalité homme femme pour les soutenir au mieux. Permettez-moi de profiter de l'occasion pour saluer leur travail.

Dès mon arrivée, j'ai tenté d'améliorer la situation des personnes transgenres dans le cadre de mes compétences. Ainsi en 2020, j'ai octroyé 25 000 euros à la Fédération Arc-en-ciel, au travers de subventions facultatives pour la mise en place de mesures, d'actions en faveur des personnes transgenres qui participent à la lutte contre la transphobie. J'ai aussi soutenu le lancement de l'ASBL TQI – trans, queer et inter- à laquelle vous avez fait référence, Monsieur Legasse, qui développera trois axes de travail : un axe de soutien et d'*empowerment* pour les personnes trans, un axe de formation et de sensibilisation de la société civile à la thématique et un axe de recherche.

J'ai également soutenu la création d'un site internet pour les personnes transgenres qui semblaient manquer d'informations. Les personnes transgenres y trouveront des informations fiables qui les concernent. C'est un coût estimé de 16 000 euros. Ce site devrait aussi être disponible en novembre 2021. Il pourrait devenir l'interface entre les personnes transgenres et les professionnels des soins de santé susceptibles de les prendre en charge au mieux.

Enfin, sachez aussi que le Plan d'action interfédéral 2018-2019 a déjà été évalué à la suite d'une consultation de la Société civile le 7 juin 2019. Un nouveau Plan interfédéral devrait être adopté en fin d'année et je m'en réjouis. La Région wallonne n'attendra toutefois pas ce délai-là pour présenter ses priorités en la matière. J'ai eu l'occasion d'avoir des contacts avec mon homologue fédéral pour envisager cette question.

Donc, la Région wallonne, d'ores et déjà, avancera. Des contacts avec la Société civile ont d'ailleurs été pris pour avancer rapidement. Fort heureusement, je ne déplore aucun blocage dans le chef de mes homologues. Évidemment, je m'en réjouis.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Legasse.

M. Legasse (PS). – Madame la Ministre, je vous remercie et je vous signale que nous allons donc déposer, avec les collègues qui sont intervenus, une motion demandant au Gouvernement de poursuivre et d'approfondir les engagements pris et d'assurer avec les autorités fédérales et dans le respect des compétences de chacun :

- le fonctionnement du centre de référence wallonne ;
- d'envisager l'ouverture de structures type « refuge » auxquelles nous avons fait référence
- de renforcer la prévention du suicide au travers des campagnes et actions y incluant les personnes transgenres ;
- de renforcer également en concertation avec les pouvoirs locaux la formation, comme cela a été évoqué par Mme Sobry et Mme Ryckmans la formation des agents administratifs locaux
- de porter auprès d'autorités fédérales et des entités fédérées la mise en place d'un nouveau Plan interfédéral
- de soutenir la résolution du 11 mars 2021 du Parlement européen
- de déclarer la Wallonie « zone de liberté pour les personnes LGBTQI+ »
- d'encourager les communes wallonnes à témoigner du même soutien
- de défendre par l'intermédiaire de ses relations diplomatiques bilatérales les droits humains décrétés en faveur des personnes LGBTQI+.

Mme la Présidente. – Une motion motivée été déposée en conclusion de l'interpellation de M. Legasse par M. Legasse, Mmes Ryckmans, Sobry et Greoli (Doc. 562 (2020-2021) N° 1).

L'incident est clos.

(M. Legasse, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE M. HAZÉE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA MIXITÉ HOMME-FEMME DANS LES
ORGANES DE GESTION DES ORGANISMES
D'INTÉRÊT PUBLIC ET ORGANES
CONSULTATIFS »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Hazée à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la mixité homme-femme dans les organes de gestion des organismes d'intérêt public et organes consultatifs ».

La parole est à M. Hazée pour poser sa question.

M. Hazée (Ecolo). – Madame la Ministre, le Gouvernement a adopté début mars, sous votre conduite, le Plan égalité homme-femme pour la législature. L'ensemble des ministres du Gouvernement se sont ainsi engagés dans chacune de leur compétence à réduire les inégalités et les discriminations de genre. Vous serez d'ailleurs amené à être auditionné en commission de l'Égalité des chances entre les hommes et les femmes prochainement. Je venais ici aujourd'hui avec un focus particulier sur cet enjeu au sein des organes de gestion.

La mesure n° 7 de ce plan concerne l'équilibre homme-femme dans les organes de gestion des organismes d'intérêt public ainsi que dans les organes consultatifs.

En effet, en 2007, le Parlement a défini un mode de désignation visant à assurer une représentation minimale d'un tiers d'administrateurs de chacun des sexes dans les organes de gestion des organismes visés par le décret du 12 février 2004. Toutefois, dans les faits nous observons un déséquilibre de genre au sein de nombreux conseils d'administration. Un déséquilibre qui se traduit en particulier par une sous-représentation des femmes. Nous avons pu en faire le constat, en octobre dernier, du reste avec les collègues du groupe lors de l'examen des rapports des organismes qui sont examinés chaque année au Parlement.

Le Gouvernement prévoit donc, fort opportunément, à travers son plan, d'évaluer ce décret en vue d'identifier les éléments qui concourent à un déséquilibre des genres dans les organes de gestion, de manière à briser le plafond de verre qui bloque encore l'accès de beaucoup de femmes dans l'accès à des responsabilités dans les organismes d'intérêt public.

Le plan prévoit également une analyse du décret du 27 mars 2014, décret plus récent qui vise à promouvoir une représentation équilibrée des hommes et des femmes dans les organes consultatifs, notamment en vue d'assurer son effectivité. Dès lors, Madame la Ministre, je voulais en savoir plus sur les mesures prévues en la matière. Avez-vous déjà déterminé les lignes directrices qui vont guider l'évaluation genre de ce décret ? Une méthodologie a-t-elle été définie ? Quels sont les acteurs que vous souhaitez impliquer dans cette évaluation ? Est-il envisagé de travailler avec le Conseil wallon de l'égalité entre hommes et femmes ou de consulter le monde académique, le secteur associatif, peut-être l'IWEPS, voire une combinaison de ces acteurs ? Quelle est l'échéance prévue pour cette évaluation ?

Enfin, il est ici question – et c'est, je pense, le libellé du plan des organes d'administration ainsi que des organes consultatifs – je souhaitais profiter de cette question pour attirer également l'attention sur les gestionnaires publics, c'est-à-dire les patrons, les

patronnes des organismes qui sont également très majoritairement masculins.

Cet enjeu fera-t-il également l'objet de l'évaluation ? Voilà, Madame la Ministre, les questions que je voulais relayer auprès de vous.

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Monsieur le Député, la mixité hommes-femmes dans les organes de gestion des organismes d'intérêt public peut effectivement certainement être améliorée. Pour le moment, le quota de deux tiers maximum du même sexe n'est pas assuré parce qu'il s'applique à chaque groupe politique et malheureusement pas à l'ensemble de l'organe de gestion. Le pilotage de cette mesure revient à titre principal au ministre-président qui détient la compétence de modifier le décret du 12 février 2004 – que vous connaissez sans doute très bien – relatif au statut de l'administrateur public, tout comme celui du décret du 27 mars 2014 qui promeut une représentativité équilibrée des hommes et des femmes dans les organes consultatifs.

Comme ministre des Droits des femmes, j'accompagnerai le ministre-président dans ses réflexions. Il appartient à celui-ci de définir les modalités de mise en œuvre de cette mesure à travers la fiche de suivi que chaque titulaire est amené à compléter pour les mesures qu'il pilote. Cette fiche de suivi comprendra un état des lieux, une description fine des objectifs et modalités d'opérationnalisation, des indicateurs de résultats, les échéances, ainsi que l'estimation budgétaire propre à chaque projet. Ces fiches doivent être complétées pour fin avril. C'est à lui que je vous invite à adresser ainsi qu'à ma collègue en charge la Fonction publique, pour les organismes soumis au Code de la fonction publique en ce qui concerne les gestionnaires publics pour lesquels la réglementation actuelle ne prévoit aucune règle en matière de représentation équilibrée.

On peut toutefois constater que de nombreux OIP sont déjà dirigés par des femmes. Je songe au FOREm, sans doute la plus grosse des institutions, je pense à WBI, peut-être la plus prestigieuse, à l'AWEX, à l'ISSeP, à la SWCS, au CRAC, à l'EAP, à l'IFAPME qui vient d'accueillir sa brillante responsable, à FAMIWAL, et cetera. Enfin, les chiffres indiquaient en 2019 que les objectifs de parité sont atteints pour les rangs A1 et A2, secrétaires générales et directeurs généraux du SPW.

Voilà les informations que je pouvais vous donner, Monsieur Hazée.

M. le Président. – La parole est à M. Hazée.

M. Hazée (Ecolo). – Je remercie la ministre en particulier pour les dernières informations qu'elle a mises à jour. Et effectivement, il y a eu plusieurs décisions récentes qui ont amélioré la situation. Il reste un travail à faire, je prends note pour le reste de votre renvoi vers le ministre-président. J'avais en fait adressé au ministre-président ma question et c'est le Gouvernement qui vous a chargé de me répondre. Je vais donc retourner vers le ministre-président pour revenir vers lui et lui indiquer que l'initiative lui revient.

(Réaction de Mme la Ministre Morreale)

Je l'imagine bien. Je le ferai, Madame la Ministre, et j'espère qu'il sera donc mobilisé pour qu'un suivi concret soit donné à cet engagement, engagement que je salue, faut-il le dire.

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES
FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « l'accès aux soins de santé des femmes en situation de précarité ».

La parole est à Mme Lekane pour poser sa question.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, d'après de nombreuses études, il apparaît que les femmes en situation de précarité doivent constamment faire des choix dans leurs dépenses. Et il apparaît que ce sont souvent les soins de santé qui passent à la trappe. Comme par exemple une visite chez le généraliste ou un spécialiste, l'achat de médicaments.

La crise de la covid a accentué ce phénomène. Ainsi, en 2020, près d'un Belge sur deux a reporté, ou renoncé à un soin de santé en Wallonie. Parmi ce pourcentage, les femmes sont particulièrement concernées. En effet, elles sont majoritairement à la tête de familles monoparentales et surtout davantage impliquées dans les métiers du *care*, largement moins bien rémunérés.

Nous le savons, l'accès aux soins de santé est un défi majeur pour notre région. Il convient que tout le monde puisse avoir cet accès, même ceux qui ont peu de moyens financiers.

Les maisons médicales présentent l'avantage d'offrir des services de qualité à un coût réduit pour l'utilisateur, mais aussi d'établir un lien de confiance et de suivi des patientes et patients. Ce suivi régulier permet entre

autres une prévention des complications au niveau de la santé.

Qu'allez-vous faire pour développer la médecine de proximité ?

Est-ce que la généralisation des maisons médicales vous paraît une bonne option pour répondre à ce problème ?

Allez-vous accorder une attention spécifique au public féminin ? Comment allez-vous les aider ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, votre question évoque plus spécifiquement les familles monoparentales. J'envisage à la fois les mesures visant à faciliter l'accès aux soins de santé aux enfants, aux femmes et aux personnes en situation de précarité.

En effet, le développement de maisons médicales qui répondent aux critères d'Association de santé intégrée – ASI – est un élément prépondérant qui facilite l'accès aux soins de santé des personnes en situation précaire, mais pas uniquement. On a déjà eu l'occasion d'en parler ensemble et je pense que cela doit être envisagé de manière beaucoup plus large et hétéroclite. Ce n'est pas uniquement pour des personnes en situation précaire.

Au niveau des ASI sont organisées des activités en santé communautaire, dont une partie s'adresse particulièrement au public féminin ou à leurs enfants. C'est un objectif repris dans la DPR 2019-2024, qui se concrétise chaque année par de nouveaux agréments. En 2020, on a huit nouveaux opérateurs. En 2021, trois opérateurs qui se voyaient octroyer un agrément.

Le budget 2022 sera conçu de manière à permettre l'agrément de nouvelles ASI. J'y tiens tout particulièrement. En 2020, le Gouvernement wallon a lancé un cinquième appel à projets Fonds européen agricole pour le développement rural – FEADER –, qui permet de soutenir les associations de santé intégrée situées en zone rurale et semi-rurale dans l'acquisition ou la rénovation de leur bien immeuble et l'acquisition d'équipement. Le lancement d'un sixième appel à projets vient d'être proposé.

Mon action ne s'arrête pas là. Actuellement, je souhaite élargir et consolider les services des ASI qui seraient particulièrement utiles pour le public plus précarisé. Il s'agira par exemple d'analyser comment pouvoir intégrer des cabinets dentaires ou assurer un financement pérenne pour les fonctions de psychologue et d'assistant social dans ces structures.

Ces points seront abordés lors des Assises de la première ligne qui débiteront à la fin de la crise sanitaire. J'avais évoqué le mois de juin. Nous verrons si ce sera possible de les tenir à ce moment-là ou si les professionnels souhaiteront que ce soit en septembre. Mais, en tout état de cause, nous les tiendrons dès la fin de la crise sanitaire.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Nous saluons le renforcement des ASI. Nous entendons bien que tout ne va pas passer, en tout cas pour le public féminin, par les maisons médicales. Néanmoins, je suis contente d'entendre de votre part que cela pourrait y contribuer. Nous nous rejoignons sur ce point. Vous allez bientôt nous présenter le plan Genre et nous serons attentifs par rapport au public féminin et, plus particulièrement à la problématique des familles monoparentales.

QUESTION ORALE DE MME GREOLI À MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR « L'AVANT-PROJET DE DÉCRET VISANT À AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LE SECTEUR DES TITRES-SERVICES »

QUESTION ORALE DE MME LEKANE À MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR « LES DIFFICULTÉS DU SECTEURS DES TITRES-SERVICES »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les questions orales à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes de :

- Mme Greoli, sur « l'avant-projet de décret visant à améliorer les conditions de travail dans le secteur des titres-services » ;
- Mme Lekane, sur « les difficultés du secteurs des titres-services ».

La parole est à Mme Greoli pour poser sa question.

Mme Greoli (cdH). – Madame la Ministre, le 25 mars, le Gouvernement a adopté en première lecture un avant-projet de décret qui vise à améliorer les conditions de travail et de sécurité dans le secteur des titres-services. C'est une excellente nouvelle. Nous savons les uns et les autres que cela concerne à plus de 98 % des travailleuses. Nous savons également que ce sont des contrats qui laissent souvent des travailleuses dans des situations précaires dans lesquelles on retrouve un nombre important de temps de travail partiels.

À ce propos, je voudrais vous interroger sur le nouveau dispositif que vous envisagez de nous faire voter. Il est indiqué dans le communiqué de presse qu'à partir de la quatrième année, les contrats ne pourraient plus être inférieurs à 19 heures par semaine.

Cela semble être une bonne nouvelle puisque cela voudrait dire que ce ne serait pas des temps partiels réduits. Je voudrais savoir si cela fait partie d'une revendication des représentants des travailleurs, s'il y a eu des concertations dans ce cadre, et si des enquêtes ont été menées pour savoir si c'est bien une amélioration objective pour les travailleuses.

Deuxième aspect, l'avant-projet prévoit un minimum de 9 heures de formation annuelle. De nouveau, l'avez-vous envisagé après concertation avec les représentants du secteur et en particulier ceux des travailleurs ? Je me demande si ces formations devaient être dans le cadre du contrat de travail au sens strict, ou si on pouvait élargir le spectre de ces formations. Je rappelle que nous avons un besoin important d'aides ménagères sociales et/ou d'aides familiales. Nous avons eu par le passé récent des dispositifs qui ont permis de faire évoluer dans des contrats de travail d'aides ménagères sociales, et surtout d'aides familiales, un certain nombre de travailleuses qui avaient des contrats de titres-services. Est-ce cela la philosophie qui se « cache » derrière ces 9 heures de formation par an ou bien est-ce autre chose ?

L'avant-projet traduit aussi le souci de prévenir le harcèlement et les comportements inappropriés auxquels les travailleuses sont exposées. Cela me paraît tout à fait adéquat.

Quelles sont les dispositions réellement envisagées ? La Région dispose-t-elle de moyens pour intervenir et comment ? Ces problèmes de harcèlement sont généralement posés dans le cadre du travail, c'est-à-dire au domicile des bénéficiaires. Je ne vois pas très bien comment on va pouvoir intervenir.

Le contrôle sera exercé par qui, comment et où ? Avez-vous envisagé des procédures auprès des tribunaux ?

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane pour poser sa question.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, beaucoup d'entre nous ont pu voir le reportage diffusé par la RTBF sur la détresse du secteur des titres-services qui était très intéressant, parce qu'il mettait en lumière l'ampleur des problèmes vécus par les travailleuses du secteur.

Ce reportage décrit, grâce à de nombreux témoignages, les difficultés rencontrées par les travailleuses :

- les problèmes physiques liés à la pénibilité du travail ;

- le manque de formation ;
- la pénurie de main-d'œuvre en lien avec la pénibilité du travail ;
- les conditions salariales avec des salaires qui ne sortent pas ces travailleuses de la précarité.

Sur l'aspect de la précarité salariale, au niveau financier, votre Gouvernement a décidé d'octroyer aux entreprises une nouvelle prime d'immunisation d'un montant équivalent à 360 euros par travailleuse sous contrat titres-services qui n'a pas été placée en chômage temporaire entre mi-avril et mi-mai.

Je voulais vous poser des questions générales : avez-vous pris connaissance de ce reportage et de témoignages sur le terrain ? Que répondez-vous aux demandes du secteur ? Que répondez-vous aux demandes et aux constats qui ont fait suite à ce reportage ? Garantisiez-vous que cette prime arrivera complètement dans l'intérêt des travailleuses ?

M. le Président. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Mesdames les Députées, nous sommes en contact régulier avec les représentants des travailleurs et les entreprises du secteur, pour être informés en permanence de la situation.

Ces échanges sont utiles, parce qu'ils nous permettent de réfléchir ensemble aux solutions à apporter tant face à une situation inhabituelle comme nous la vivons actuellement que pour l'avenir du dispositif.

C'est notamment sur la base de ces discussions que, pour répondre aux difficultés actuelles du secteur des titres-services, le Gouvernement wallon a adopté le 8 avril une nouvelle aide à l'attention des entreprises et des travailleuses. Cette aide prendra la forme d'un versement d'une prime d'immunisation à l'entreprise s'élevant à l'équivalent de 360 euros par travailleur sous contrat titres-services qui n'a pas été placé en chômage temporaire entre le 15 avril et le 15 mai. L'objectif est d'éviter, et c'est l'effet pervers. La facilité est de dire à une technicienne, une aide-ménagère : « Vous restez chez vous, et on va vous payer au chômage économique ». Tout cela en sachant très bien l'effet que cela peut avoir sur elles parce que 70 % de son salaire officiel, déclaré, c'est souvent d'ailleurs un nombre d'heures qui est inférieur au nombre d'heures qu'elles prestent réellement. Cela les conduit de facto dans la grande précarité.

Il faut qu'on évite cela et nous avons regardé quel était le moyen le plus efficace pour intervenir. Nous avons considéré que la carotte, c'est de dire aux entreprises : « Vous arrêtez de recourir au chômage économique pour vos travailleuses, on vous donne des

sous ». Évidemment, pour la travailleuse – ou pour le travailleur –, c'est beaucoup mieux d'avoir son salaire plein pot bien entendu.

Pour bénéficier de cette prime, on a mis plusieurs conditions qui doivent être impérativement remplies pour éviter au maximum les effets d'aubaine. On a mis quoi comme conditions ? On a dit : « On ne peut pas avoir placé au moins 50 % de ses travailleuses en chômage temporaire ». Comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de le rappeler, dans le cadre de nos compétences, on ne sait pas intervenir directement sur le maintien de l'emploi.

Pourquoi ? Parce que ce n'est pas une aide à l'emploi, sinon cela serait considéré comme problématique au sens de l'Union européenne. On doit le considérer comme une aide à la consommation. Si je le fais autrement, je vais mettre le doigt dans l'engrenage d'un mécanisme qui risque de mettre totalement par terre le système des titres-services, et des dizaines de milliers de travailleuses qui sont dans ce système-là. C'est pour cela qu'on doit vraiment être attentifs à trouver le bon angle, en se disant : « On n'a pas un spectre qui est hyper large, mais il y a un moyen d'intervenir. On peut aider les travailleuses via des entreprises qui jouent le jeu, qui ne mettent pas leurs travailleuses au chômage économique, et bien pour elles, on va quelque part les récompenser et on va les soutenir ».

Il est certain que grâce à ces mesures, bon nombre de travailleuses vont pouvoir continuer à percevoir un salaire entier, et que malgré le fait qu'il y ait une diminution des prestations, puisqu'il y a quand même pas mal d'usagers qui souhaitent se retirer ou ne plus utiliser les prestations pendant la crise covid. C'est une intervention indirecte du Gouvernement en faveur du salaire des travailleuses, et directe pour les entreprises du secteur qui respectent et qui financent leurs travailleuses plein pot.

Concernant l'avant-projet de décret adopté en première lecture le 25 mars dernier, je voudrais signaler qu'il s'inspire des recommandations de la résolution du Parlement wallon du 20 juin 2016, qui a été concerté avec les interlocuteurs sociaux à l'occasion des 15 ans de la loi sur les titres-services. Les chiffres en termes de temps de travail et de formation sont identiques à ceux présents dans l'arrêté titres-services, à savoir : l'obligation pour les entreprises du secteur d'avoir une moyenne hebdomadaire de travail de minimum 19 heures pour l'ensemble des travailleuses engagées dans des liens d'un contrat de travail, et un minimum de 9 heures de formation par travailleuse titres-services équivalent temps plein organisé annuellement par l'entreprise agréée en Région wallonne.

Je vais l'expliquer autrement, je vais l'expliquer plus simplement : il y a des entreprises titres-services qui exploitent les femmes en utilisant délibérément des

heures de contrats de travail qui sont extrêmement faibles. Comme cela, elles les tiennent. On leur donne un contrat de 10 heures, on leur donne un contrat de 12 heures, elles sont dépendantes de la société, on leur dit : « Tu auras des chèques en plus, tu viendras travailler à gauche, à droite ».

Cela ne rentre pas dans le calcul de leur pension, premièrement. Cela pose des problèmes très clairs pour le moment avec le chômage économique, parce que tout cela n'a pas été pris en considération. Pour améliorer les conditions de travail de ces femmes-là et de ces travailleuses-là, il faut travailler par tous les leviers dont dispose la Région wallonne, le contrat de travail de minimum 19 heures hebdomadaires, et puisqu'il y a un fonds de formation professionnelle, qui est financé à la fois par le secteur et par le pouvoir public, on utilise cet argent-là pour donner des formations qui ne sont pas que des formations pour pouvoir apprendre à porter des seaux. C'est important de le faire pour ne pas avoir mal au dos, mais peut-être que ces travailleuses-là, elles ont envie de pouvoir passer leur permis de conduire, parce que à terme, soit elles resteront dans le secteur, et ça leur plaît, et c'est très bien, tout à fait louable et tout à fait valorisant, soit elles changent de secteurs et on leur donne des perspectives. Il faut que ces formations-là soient éligibles. J'ai élargi le spectre pour pouvoir donner aussi des perspectives à celles qui le souhaitent.

Enfin, concernant votre question sur le harcèlement des travailleuses titres-services, je voudrais signaler que c'est un véritable fléau dans le secteur, et qu'il fallait apporter des solutions. Quand on rentre dans le domicile d'une personne, quelque part cela devient le domicile privé et c'est la porte ouverte à toutes les dérives possibles.

Donc, il fallait encadrer, ce que nous avons fait au niveau du Gouvernement. Pour le moment, les entreprises, confrontées à ce type de situation, n'ont pas d'autre marge de manœuvre que de résilier le contrat avec le client concerné, qui s'empresse quand c'est le cas d'en contracter un nouveau avec une autre entreprise.

L'avant-projet prévoit la possibilité d'interdire à un utilisateur d'acheter ou d'utiliser des titres-services pendant une période d'un an maximum s'il a adopté un comportement incompatible avec le bien-être et la sécurité de la travailleuse ou du titre-service. La Wallonie dispose de la possibilité d'exclure un utilisateur du dispositif des titres-services. Ceux-ci constituent, en effet, une subvention à la consommation. Vous savez que c'est la compétence de la Région de veiller à ce que les bénéficiaires respectent les conditions d'octroi de la subvention.

Un mécanisme d'exclusion existe d'ores et déjà pour les utilisateurs qui ont intentionnellement participé à une fraude organisée par une entreprise. Il convient de signaler que la constatation des faits peut résulter d'une

enquête réalisée par les services d'inspection du SPW EER ou d'une communication par le pouvoir judiciaire.

Trois éléments dont principalement qui vient en soutient aux travailleuses :

- premier élément, leur contrat de travail qui est revalorisé au sens où c'est 19 heures par semaine hebdomadaire minimum sinon pas de contrat de travail précaire. C'est déjà largement difficile de s'en sortir comme cela. J'espère qu'il y aura un accord pour l'AIP pour qu'elle soit payée à 14 euros de l'heure parce que cela, ce sera encore une autre victoire, mais qui relève du Fédéral et j'espère qu'elles l'obtiendront.
- deuxième élément, c'est le Fonds de formation pour leur donner des perspectives si elles le souhaitent dans d'autres formations que celle pour laquelle elles exercent ;
- troisième élément, c'est la lutte contre le sexisme, la lutte contre le harcèlement. Ce n'est pas parce qu'une travailleuse titres et services vient chez vous qu'elle est à votre disposition sexuelle. C'est une travailleuse comme une autre. Elle est là pour nettoyer, pour ranger votre maison et pas pour une prestation sexuelle contre son gré.

M. le Président. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Madame la Ministre, merci pour ces précisions et ces avancées tout à fait notoires que je tiens à souligner dans le cadre de l'intérêt, d'abord et avant tout, des travailleurs et des travailleuses du secteur. Il y a une chose que je ne comprends pas, c'est pourquoi il est annoncé que ces contrats ne peuvent être inférieurs à 19 heures à partir de la quatrième année ?

Cela, je vous avoue que je n'ai pas bien compris dans la communication. Il était indiqué que c'était à partir de la quatrième année. C'est là-dessus aussi que portait ma question et vous ne m'avez pas répondu. Peut-être que c'était une question de com et non pas une question de fond du dossier. Je vois bien à votre non verbal que vous me ferez un message pour me dire quoi sur cette quatrième année.

Par ailleurs, je vais achever, Monsieur le Président. Je suis vraiment heureuse d'entendre aussi les avancées en termes de protection contre le harcèlement. J'entends que l'utilisateur pourrait être interdit pendant une année. Je pense aussi qu'il faut inciter à un moment donné à porter plainte pour qu'il y ait aussi dans ce cadre-là une discussion et un accompagnement adéquat des employeurs pour porter plainte.

Je reviendrai donc sur cette quatrième année.

M. le Président. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Je vous remercie pour les réponses que vous nous avez apportées, notamment sur la prime d'immunisation. Les 19 heures, par rapport au harcèlement, c'est effectivement un véritable fléau.

Après, je pense qu'il faudra que l'on revienne aussi sur comment on va pouvoir mettre en pratique un dispositif qui va permettre aux femmes de pouvoir déposer plainte sans avoir peur de perdre un client ou autre. À qui ? Il faut également que la plainte soit aussi prise en compte.

Un grand nombre de travailleuses de titres-services restent dans une situation de précarité, situation qui s'est renforcée avec la crise et le reportage nous démontre que malgré les mesures, il y a encore beaucoup d'efforts à faire. Précarité, au niveau des salaires, 11,80 euros c'est absolument indécent. Une pénibilité au niveau du travail, un manque de matériel ou du matériel qui n'est pas adapté pour qu'elles puissent travailler dans de bonnes conditions. Des conditions de travail qui peuvent aussi fortement varier d'un employeur à un autre. On a donc pu en discuter et le voir dans le reportage, qu'en fait le privé ce n'est absolument accaparé toute une partie du secteur qui était aussi plutôt de type associatif. On a tout un monopole qui est en train de se créer au niveau commercial. Là, il va y avoir aussi du travail à faire parce qu'il nous semble que le public doit vraiment reprendre ce secteur en main et que les travailleurs ne soient plus exploités non plus à ce point, surtout que le secteur est subsidié encore actuellement à 75 %.

(Mme Lekane, Vice-présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE MME GREOLI À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE SORT DES TRAVAILLEURS ACS
DOMICILIÉS EN WALLONIE ET ACTIFS DANS
LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le sort des travailleurs ACS domiciliés en Wallonie et actifs dans la Région de Bruxelles-Capitale ».

La parole est à Mme Greoli pour poser sa question.

Mme Greoli (cdH). – Madame la Ministre, en marge de votre projet de réforme sur les APE, il y a un dossier qui reste en souffrance, et ce, depuis de nombreuses années et qui mériterait sans doute d'être réglé. Je parle de la situation très particulière des travailleurs occupés à Bruxelles sous un statut ACS, mais qui sont domiciliés en Wallonie.

Je ne refais pas tout l'historique de ce dossier, hérité de l'époque où le dispositif TCT – le troisième circuit de travail –, nous remontons aux années 90, dépendait de

l'État fédéral. Cette compétence a été transférée aux Régions à la fin de ces années 90.

En Wallonie, ces TCT ont été intégrés dans le nouveau dispositif APE de 2002, sans condition de domiciliation. Il suffit que l'activité soit exercée en Région de langue française.

Pour sa part, le Gouvernement bruxellois, lui, les a intégrés au régime des ACS, qui implique d'être actif et domicilié dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Le cas des TCT habitant en Wallonie et occupés en Région bruxelloise a été réglé, faute de mieux, par une convention entre Régions, conclue fin juillet 2004. Il se traduit par un financement dégagé par le FOREm au bénéfice de l'ORBEm.

Je ne vais pas aller plus loin dans les détails. Cet accord n'a pas été revu depuis lors et apparaît complètement dépassé à plus d'un égard. Il s'agit en fait d'un montant. C'est surtout les travailleurs qui sont derrière qui m'intéressent. Pour être au clair, il s'agit d'un montant 3 658 000 euros qui était toujours prévu au budget wallon en 2020, au programme 18.13 pour le cas ou quelqu'un voudrait vite ouvrir son budget.

Madame la Ministre, ma question est simple. Dans le sillage de votre projet de réforme APE dont nous débattons plus tard, avez-vous entrepris de résoudre le problème ici spécifique et qui n'a pas été résolu depuis de si nombreuses années et de donner à cette centaine d'emplois et donc de travailleurs concernés une base plus stable et plus saine ou, à tout le moins, de mettre à jour la convention et les listes d'emploi reprises dans son annexe ? La Wallonie va-t-elle maintenir ce financement ? Des contacts ont-ils été noués en ce sens avec votre homologue, Bernard Clerfayt ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, les travailleurs ACS domiciliés en Région wallonne et actifs en Région bruxelloise ne sont pas concernés par la réforme des APE. Les emplois auxquels vous faites référence ne sont d'ailleurs pas menacés, ce qui devrait vous rassurer.

Par la convention du 1er janvier 2004 concernant le financement des emplois ACS de Bruxelles-Capitale, la Région bruxelloise s'est engagée à transformer en emploi ACS les emplois TCT des travailleurs TCT occupés à Bruxelles, mais domiciliés en Région wallonne au 31 décembre 2003. En contrepartie, la Wallonie finance à la Région bruxelloise le montant de la prime ACS qu'elle octroie pour ces emplois spécifiques.

Les emplois TCT des travailleurs occupés à Bruxelles et domiciliés en Région wallonne ont donc été pérennisés dans le cadre du dispositif bruxellois des ACS. Cette convention a garanti le maintien à l'emploi des travailleurs, mais aussi les postes en tant que tels.

Puisque, en effet, en cas de remplacement du travailleur domicilié en Région wallonne et titulaire du « poste ACS », la Région bruxelloise s'est engagée, par la convention de 2004, à maintenir la prime ACS.

La convention distingue toutefois :

– les emplois repris en annexe 1 de la convention, qui relèvent d'un intérêt suprarégional et qui sont toujours financés par la Région wallonne dès lors que ces emplois présentent un intérêt direct pour la Région wallonne

– les emplois repris en annexe 2 de la convention, qui relèvent d'un intérêt régional bruxellois et qui, au remplacement du titulaire du poste, sont pris en charge exclusivement par la Région bruxelloise et pour lesquels l'intervention financière de la Région wallonne cesse à dater du remplacement du titulaire du poste.

La convention a été conclue pour une durée indéterminée et elle continuera à produire ses effets indépendamment de la réforme APE. Ce sont des emplois et des travailleurs ACS et non APE. En cas de remplacement du dispositif ACS par la Région bruxelloise, une attention particulière sera donnée aux emplois concernés par cette convention.

Pour les postes visés par l'intervention financière de la Région wallonne, sur la base d'une déclaration de créance trimestrielle adressée par Actiris et de ses justificatifs, le FOREm rembourse à Actiris les subventions dues relativement aux employeurs cités dans les annexes de ladite convention.

Au quatrième trimestre 2020, la convention permettait de soutenir 53 employeurs pour 88 travailleurs et 84,44 équivalents temps plein.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Merci, Madame la Ministre.

Ce qu'il était important d'entendre que ces emplois n'étaient pas menacés ou remis en cause ; que la convention, qui a été signée pour une durée indéterminée, continue à courir. Ceci dit, je me méfie toujours de ces dispositifs qui restent flottants, nulle part et, au fur et à mesure, des réformes que l'on met en place, on finit par les oublier.

J'entends ici qu'il y a une annexe 1 et une annexe 2. Mais je pense qu'une vérification, une mise à jour s'avérerait peut-être utile. J'entends bien que s'il y a la moindre modification dans les statuts ACS, alors vous prendrez votre bâton de pèlerin, non pas pour taper sur

votre homologue, mais pour vérifier que celui-ci respecte bien les engagements de cette convention.

(Mme Greoli, doyenne d'âge, reprend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE MME LEKANE À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LE MANQUE DE PERSONNEL POUR LA
RÉOUVERTURE DE L'HORECA »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Lekane à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « le manque de personnel pour la réouverture de l'HORECA ».

La parole est à Mme Lekane pour poser sa question.

Mme Lekane (PTB). – Madame la Ministre, comme nous pouvions le lire dans le journal *Le Soir* du 19 avril dernier, une des nombreuses difficultés posées au secteur HORECA, pour sa réouverture, sera le manque de personnel.

En effet, le manque d'aide pour le personnel de ce secteur en a poussé un grand nombre à chercher du travail ailleurs. Beaucoup de travailleurs et de travailleuses ont quitté ce beau métier parce qu'ils ne pouvaient plus en vivre.

C'est une question qui se posera également pour la culture et les autocaristes.

Pour renforcer la première ligne, comme pour répondre à l'épuisement du personnel des maisons de repos, le FOREm avait pris certaines mesures pour trouver, le plus rapidement, possible du personnel en renfort.

Allez-vous entreprendre les mêmes mesures pour le secteur HORECA ?

Allez-vous prendre des mesures spécifiques pour mobiliser particulièrement le FOREm pour répondre à ce besoin ?

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, le FOREm a rapidement mis en œuvre un dispositif de monitoring et de veille des conséquences de la crise en matière d'emploi ainsi qu'un plan de

relance spécifique aux entreprises wallonnes, décliné en diverses actions, l'idée étant d'avoir un contact proactif avec des entreprises relevant de secteurs dits « essentiels », pour capter et satisfaire leurs besoins urgents de recrutement, mais aussi de donner des conseils aux 65 000 entreprises clientes par rapport aux dispositions de crise, ainsi que de mettre en place l'accompagnement instantané et la prise en charge accélérée des jeunes qui s'inscrivent pour la première fois au FOREm et d'anticiper et de mettre en œuvre du dispositif d'accompagnement des reconversions collectives.

Pour l'HORECA, le FOREm travaille à un plan d'action concerté se fondant sur une collaboration forte entre le FOREm, les partenaires sociaux des secteurs concernés et les entreprises. Ce plan vise à soutenir la sortie de crise des entreprises en les accompagnant en matière d'aides publiques, de recrutement, de formation et, éventuellement, pour reconverter.

Il y a un certain nombre d'actions ont été mises en place par le FOREm afin de permettre aux entreprises de disposer de la main-d'œuvre dont elles ont besoin. Des formations à différents métiers comme les commis de cuisine, commis de salle ou encore chefs de rang, par exemple, sont organisées depuis début mars dans plusieurs régions pour prémunir autant que possible d'une pénurie de main-d'œuvre lors de la reprise. Cela a été anticipé par le FOREm.

Les stagiaires sortiront de formation dans le courant du mois de mai et donc hormis pour les fonctions de cuisinier, une main-d'œuvre est disponible dans ce secteur. Cependant, une difficulté réside dans le fait que bon nombre de candidats qualifiés ont choisi de quitter ce secteur fermé pour s'orienter vers d'autres, et donc nous aurons l'occasion de regarder quelle est la balance entre les nouveaux qui vont rentrer et ceux qui ont décidé de quitter vers d'autres secteurs, en sachant que pour bon nombre d'entre eux, on fait cela parce qu'on aime le contact avec les gens, et donc dans une certaine manière, je pense aussi qu'avec la reprise des activités de l'HORECA, cela va pouvoir doucement reprendre la confiance. Il faut avouer que pour ces gens, on parle beaucoup de l'HORECA et des patrons de l'HORECA, mais il faut penser à tous les travailleurs qui sont les victimes collatérales de cette situation qui ont beaucoup souffert et qui auraient aussi toutes les raisons aussi de fuir pour chercher des conditions d'existence qui sont un peu plus sûres, même si j'espère que la normalité c'est pour bientôt.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Lekane.

Mme Lekane (PTB). – Oui, je vous remercie pour ces réponses et je vois que vous avez pris en main au niveau des formations et que vous suivez la situation. Effectivement, la situation va encore évoluer, et nous resterons attentifs et nous reviendrons éventuellement avec d'autres questions pas la suite.

(Mme Lekane, Vice-présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

**QUESTION ORALE DE MME GREOLI À
MME MORREALE, MINISTRE DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION, DE LA SANTÉ, DE
L'ACTION SOCIALE, DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES, SUR
« LA RÉAFFECTATION DE MOYENS DESTINÉS
À LA FORMATION DANS LE CADRE DU
BUDGET BASE ZÉRO »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Greoli à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes, sur « la réaffectation de moyens destinés à la formation dans le cadre du budget base zéro ».

La parole est à Mme Greoli pour poser sa question.

Mme Greoli (cdH). – Madame la Ministre, le budget base zéro est une promesse emblématique de votre Gouvernement et en particulier de son ministre du Budget. En gros, chaque ligne budgétaire fera l'objet d'un examen minutieux en regard de son intitulé, de son utilité et de sa pertinence. Il s'agit de rompre avec l'habitude soi-disant de reconduction systématique et simpliste des crédits selon l'expression consacrée, on repart d'une page blanche.

Le Gouvernement aurait déjà procédé à cet exercice pour une série de compétences et de dispositifs de départements et d'unités d'administration publique et cette première phase aurait permis de dégager un volant budgétaire de 40 millions d'euros. L'exercice concernait notamment les budgets dédiés à la formation. La communication du Gouvernement nous semble assez vague et nous espérons par cette petite question – je dis nous parce que vous l'aurez compris, nous avons posé la même question à plusieurs ministres au niveau du cdH – nous espérons obtenir un nombre d'éclaircissements.

Madame la Ministre, sur quels crédits relatifs à la formation comptez-vous réaliser ces économies ? Pour quels montants ? Ces montants seront-ils réaffectés à des politiques de formation ou à quels dispositifs ? L'exercice du budget base zéro intègre-t-il l'évaluation des dispositifs d'aide à la formation réalisés par les partenaires sociaux et synthétisés par un consultant privé ? Un travail budgétaire anticipe-t-il sur des projets de réforme qui devraient être soumis à notre assemblée dans les temps prochains ? Si oui, pouvez-vous nous les préfigurer quelque peu ? Et c'est ici que s'achève ma question.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme la Ministre Morreale.

Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes. – Madame la Députée, la première vague du processus budget base zéro est effectivement terminée. Elle a permis de dégager des marges de manœuvre d'un montant de 40 millions d'euros. Il s'agit essentiellement d'une réorientation des moyens vers les services ou les dispositifs là où ils sont le plus utiles dans le but d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la cohérence des politiques publiques.

Pour ce qui concerne la thématique formation, un montant de 22,3 millions d'euros a pu être identifié par les services du FOREm, de l'IFAPME, et du SPW-EER.

Parmi les marges de manœuvre identifiées, 20,2 millions d'euros le sont parmi les budgets de fonctionnement des acteurs de la formation que j'ai cités et 2,1 millions d'euros ont été identifiés dans les différents dispositifs de la thématique.

Pour la partie de fonctionnement, le Gouvernement a décidé que les marges de manœuvre seraient réinvesties intégralement dans la structure qui les a identifiées. Cela permet aussi qu'au sein des administrations, des OIP, on joue le jeu. On cherche des solutions, des endroits où on pourrait réinvestir. Si on a trouvé, cela percole au sein même de l'OIP ou de la structure.

Ces réinvestissements sont décidés par les services du FOREm, en concertation avec mon cabinet. Les marges identifiées sur les dispositifs de formation seront réinvesties à 80 % au sein de la thématique, et 20 % seront réaffectées par le Gouvernement sur proposition de la ministre de tutelle.

L'évaluation des dispositifs publics d'aides à la formation a été intégrée dans le processus budget base zéro. Ainsi, lorsque celui-ci a identifié des marges de manœuvre dans un dispositif dont la réforme est en cours ou prévue, les marges identifiées ne sont pas considérées comme pouvant être réallouées. Celles-ci seront recyclées, pour être réinvesties dans le dispositif réformé.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Greoli.

Mme Greoli (cdH). – Merci, Madame la Ministre. J'entends bien ce type de dynamique et l'intérêt de pouvoir « garantir » aux services que les sommes récupérées seront dans les faits réaffectées aux politiques pour lesquelles ces sommes ont été identifiées.

Il n'empêche que dès lors, je ne vois pas comment des marges vont se dégager au bout du processus. Je me dis qu'il y a quelque chose de biaisé dans le processus, puisqu'on dégage des marges, mais elles restent là où elles sont. Je rappelle que c'est utile dans ces politiques, mais en même temps, c'est loin de ce que le ministre du Budget nous affirmait lui-même, croyant qu'il allait

gagner des millions, voire des dizaines de millions d'euros dans ce processus. C'est une bonne nouvelle pour les politiques d'emploi et pour les politiques de formation.

Je ne suis pas certaine que ce soit une bonne réponse, ou la réponse que le ministre comptait donner à ce grand barnum de budget base zéro.

(M. Legasse, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

ORGANISATION DES TRAVAUX

(Suite)

Interpellations et questions orales transformées en questions écrites

M. le Président. – Les questions orales de :

- M. Di Mattia, sur « les revendications du Collectif accessibilité Wallonie Bruxelles (CAWaB) concernant l'accessibilité des sites de vaccination » ;
- M. Belloc, sur « la vaccination contre la covid-19 en deux doses de vaccins différents » ;
- Mme Ryckmans, sur « l'occupation genrée de l'espace public et des toilettes publiques en général » ;
- M. Bastin, sur « l'éventuel transfert du personnel provincial vers le SPW pour les compétences « Emploi », « Formation », « Santé » et « Action sociale » » ;
- Mme Maue, sur « l'offre de formation aux nouvelles technologies » à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité, sont transformées en questions écrites.

Interpellations et questions orales retirées

M. le Président. – Les questions orales ou interpellations de :

- M. Mugemangango, sur « l'appel de 170 personnalités pour la levée des brevets relatifs aux vaccins contre la covid-19 » ;
- Mme Durenne, sur « la lutte contre l'obésité et le surpoids des enfants » ;
- M. Desquesnes, sur « la plateforme QVAX et les invitations à la vaccination » ;
- Mme Nikolic, sur « l'approche genrée de la santé mentale » ;
- Mme Nikolic, sur « l'abri de nuit à Liège » ;
- Mme Nikolic, sur « la place de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les plans de relance » ;
- Mme Durenne, sur « les actions mises en place en faveur des jeunes en situation de « not in education, employment or training » (NEET) » ;
- Mme Cassart-Mailleux, sur « la fuite des talents dans le domaine nucléaire » ;
- M. Disabato, sur « les territoires zéro chômeurs de longue durée » ;
- M. Disabato, sur « le suivi de l'accompagnement des demandeurs d'emploi » à Mme Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité, sont retirées.

Ceci clôt nos travaux de ce jour.

La séance est levée.

- La séance est levée à 18 heures 52 minutes.

LISTE DES INTERVENANTS

M. Christophe Bastin, cdH
Mme Caroline Cassart-Mailleux, MR
M. Rodrigue Demeuse, Ecolo
M. François Desquesnes, cdH
M. Eddy Fontaine, PS
Mme Jacqueline Galant, MR
Mme Alda Greoli, cdH
M. Stéphane Hazée, Ecolo
M. Laurent Heyvaert, Ecolo
Mme Anne Laffut, MR
Mme Marie Lambert, Codirectrice du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM)
M. Dimitri Legasse, Président
Mme Laure Lekane, PTB
M. Vincent Lorant, Professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain)
Mme Sophie Meunier, Administratrice de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM)
M. Pascal Minotte, Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM)
Mme Christie Morreale, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes
Mme Diana Nikolic, MR
Mme Florence Ringlet, Directrice thérapeutique du centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse »
Mme Sabine Roberty, PS
Mme Hélène Ryckmans, Ecolo
M. Mourad Sahli, PS
Mme Rachel Sobry, MR
M. Thomas Thirion, Administrateur délégué du centre de prévention du suicide et d'accompagnement "Un pass dans l'impasse"
Mme Mathilde Vandorpe, cdH
Mme Frédérique van Leuven, Psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard à Manage
M. Benoît Van Tichelen, Président de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM)

ABRÉVIATIONS COURANTES

ACS	agent contractuel subventionné
Actiris	Office régional bruxellois de l'emploi
ADMR	Aide à domicile en milieu rural (ASBL)
AIP	aide à l'installation des personnels de l'État
AJP	Association des journalistes professionnels
ALE	agence locale pour l'emploi
AMO	service d'aide en milieu ouvert
APE	aide à la promotion de l'emploi
APESA	Aide psychologique pour les entrepreneurs en souffrance aiguë (dispositif)
APF	Assemblée parlementaire de la francophonie
ASBL	association sans but lucratif
ASI	association(s) de santé intégrée
ASTA	Association des services de transport adapté pour personnes à mobilité réduite (ASBL)
AViQ	Agence pour une vie de qualité
BAEC	Banques des actes d'état civil
CAPREV	Centre d'aide et de prise en charge de toute personne concernée par les extrémismes et radicalismes violents
CAWaB	collectif Accessibilité Wallonie-Bruxelles
CHR	centre hospitalier régional
CIM	conférence interministérielle
CNCD	Centre national de coopération au développement
CO ₂	dioxyde de carbone
CODECO	Comité de concertation
covid	coronavirus disease (maladie à coronavirus)
covid-19	coronavirus disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)
CPAS	centre(s) public(s) d'action sociale
CRAC	Centre régional d'aide aux communes
CRePS	Centre de référence de prévention du suicide
CRP	Centre régional de soins psychiatriques "Les Marronniers"
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
CV	curriculum vitae
CWAF	Caisse wallonne d'allocations familiales
DPR	Déclaration de politique régionale
EAP	entreprises d'apprentissage professionnel
EER	SPW Économie, Emploi, Recherche
EMA	European Medicines Agency (Agence européenne des médicaments)
EPA	efficient particule air (filtre à air efficace)
ETP	équivalent temps plein
EVRAS	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
FAQ	foire aux questions
FDA	Food and Drug Administration (administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments)
FEADER	Fonds européen agricole pour le développement rural
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
FOREm	Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi
GEMS	Groep van Experts voor Managementstrategie van covid-19 (Groupe d'experts pour la stratégie de gestion de la covid-19)
GPSW	Groupe des partenaires sociaux wallons
HORECA	Hôtellerie, restauration et cafés
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
IFAPME	Institut wallon de formation en alternance et des indépendants et petites et moyennes entreprises

INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
ISSeP	Institut scientifique de service public (Région wallonne)
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
KCE	Belgian Health Care Knowledge Centre (Centre fédéral d'expertise des soins de santé)
LGBT	lesbiennes, gays, bisexuels et trans
LGBTQI	lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queers et intersexes
MR	maison de repos
MRS	maison de repos et de soins
NEET	Not in Education, Employment or Training (Ni étudiant, ni employé, ni stagiaire)
OCAM	Organe de coordination pour l'analyse de la menace
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OIP	organisme d'intérêt public
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief (Comité d'Oxford pour le soulagement de la famine)
PCR	polymérase chain reaction (réaction en chaîne par polymérase)
PLF	passenger locator form (formulaire de localisation des passagers)
PMR	personne à mobilité réduite
PMS	psycho-médico-social (centre)
PSE	promotion de la santé à l'école
RAG	Risk Assessment Group (Groupe d'évaluation des risques)
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RMG	Risk Management Group (Groupe de gestion des risques)
RMN	résonance magnétique nucléaire
RTBF	Radio-télévision belge de la Communauté française
SAFA	service d'aide aux familles et aux aînés
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère)
SDF	sans domicile fixe
SeTIS	Service de traduction et d'interprétation en milieu social bruxellois (ASBL)
SMS	short message service (service de messages courts, texto)
SPAD	soins psychiatriques pour personne séjournant à domicile
SPW	service(s) public(s) de Wallonie
SSM	services/soins de santé mentale
SWCS	Société wallonne du crédit social
TCT	troisième circuit de travail
UCL	Université catholique de Louvain
UCLouvain	Université catholique de Louvain (anciennement UCL)
UE	Union européenne
UNICEF	United Nations Children's Fund
WAPPS	Plan wallon de prévention et de promotion de la santé
WBI	Wallonie-Bruxelles International