

CRAC n° 186 (2025-2026)

3^e session de la XII^e législature

PARLEMENT WALLON

SESSION 2025-2026

COMPTE RENDU

AVANCÉ*

Séance publique de commission

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

Lundi 13 juillet 2026

*Application de l'article 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

Publication officielle du greffe du Parlement de Wallonie
Square Arthur Masson, 6
5012 Namur
compte.rendu@parlement-wallonie.be

Le compte rendu avancé constitue une reproduction provisoire des interventions des députés, des membres du Gouvernement et des autres orateurs. Il 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.

Le compte rendu avancé est soumis à tous les orateurs qui peuvent retourner leurs corrections dans les 72 heures ouvrables. À défaut, ils sont censés se référer au texte reçu. Aucune modification de fond ne peut être apportée.

Une fois toutes les corrections examinées et éventuellement intégrées, le compte rendu est dit « compte rendu intégral » et remplace le compte rendu avancé sur le site web du Parlement de Wallonie.

Tous les comptes rendus sont disponibles sur le site **www.parlement-wallonie.be**, rubrique *Travaux parlementaires*, section *Publications*.

SOMMAIRE

OUVERTURE DE LA SÉANCE	1
ORGANISATION DES TRAVAUX	1
Examen de l'arriéré.....	1
Rapport annuel 2025 d'Unia – Auditions.....	1
Intervenants : M. le Président – M. Vincent Palermo.	
AUDITIONS	1
La santé mentale.....	1
Intervenants : M. le Président – Mme Bénédicte Linard – Mme Sabine Roberty.	
Audition de Mme Duchêne, Pédiopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédiopsychiatre- Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val.....	2
Intervenants : M. le Président – Mme Élisabeth Duchêne, Pédiopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédiopsychiatre-Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val.	
Audition de M. Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW).....	7
Intervenants : M. le Président – M. Guy Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW).	
Audition de Mme Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF).....	10
Intervenants : M. le Président – Mme Nicole Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF).	
Audition de M. Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège (ULiège).....	13
Intervenants : M. le Président – M. Stéphane Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège (ULiège).	
REPRISE DE LA SÉANCE	18
AUDITIONS (SUITE)	18
La santé mentale (Suite).....	18
Échange de vues.....	18
Intervenants : M. le Président – Mme Sabine Roberty – Mme Jamila Ammi – Mme Rachida Aït Alouha – Mme Mathilde Vadorpe – Mme Marie Jacqmin – M. Vincent Palermo – Mme Bénédicte Linard – Mme Élisabeth Duchêne, Pédiopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédiopsychiatre-Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val – Mme Stéphanie Thoron – M. Guy Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) – Mme Nicole Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF) – M. Stéphane Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège (ULiège).	
REPRISE DE LA SÉANCE	46
PROJETS ET PROPOSITIONS	46

Projet de décret modifiant l'article 275 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, transposant partiellement la directive 2024/1346 du 14 mai 2024 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale et clarifiant les conditions d'admissibilité aux prestations visées au Livre IV (Doc. 614 (2025-2026) N° 1).....46

Désignation d'un rapporteur.....46

Intervenants : M. le Président – Mme Marie Jacqmin.

Exposé de M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale...46

Intervenants : M. le Président – M. Yves Coppieters, Ministre.

Discussion générale.....47

Intervenants : M. le Président – Mme Sabine Roberty – Mme Bénédicte Linard – Mme Rachida Aït Alouha – Mme Alice Bernard – Mme Mathilde Vanderpe – Mme Stéphanie Thoron – M. Yves Coppieters, Ministre.

REPRISE DE LA SÉANCE.....51

PROJETS ET PROPOSITIONS (SUITE).....52

Projet de décret modifiant l'article 275 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, transposant partiellement la directive 2024/1346 du 14 mai 2024 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale et clarifiant les conditions d'admissibilité aux prestations visées au Livre IV (Doc. 614 (2025-2026) N° 1) (Suite).....52

Examen et vote des articles.....52

Vote sur l'ensemble.....52

Confiance au président et au rapporteur.....52

Pétition contre les économies sur le secteur du handicap et de l'inclusion.....52

Désignation d'un rapporteur.....52

Intervenants : M. le Président – Mme Mathilde Vanderpe.

Présentation de la pétition.....52

Échange de vues.....53

Intervenants : M. le Président – Mme Mathilde Vanderpe – M. Vincent Palermo – Mme Bénédicte Linard – Mme Sabine Roberty – Mme Alice Bernard.

Vote.....54

Confiance au président et au rapporteur.....54

INTERPELLATIONS ET QUESTIONS ORALES.....54

Question orale de Mme Sylvie Muratore à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'impact de la réforme des aides à la promotion de l'emploi (APE) sur les centres de planning familial ».....54

Intervenants : M. le Président – Mme Sylvie Muratore – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Jean-Pierre Lepine à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'avenir des bâtiments acquis dans le cadre des projets « Territoires zéro sans-abrisme » ».....56

Intervenants : Mme la Présidente – M. Jean-Pierre Lepine – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de Mme Sabine Roberty à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la réforme des aides à la promotion de l'emploi (APE) pour les relais sociaux » ;

Question orale de Mme Veronica Cremasco à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la fragilité du financement des relais sociaux pour sortir du sans-abrisme ».....57

Intervenants : M. le Président – Mme Sabine Roberty – Mme Veronica Cremasco – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de Mme Veronica Cremasco à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'aide alimentaire et les résultats alarmants de la nouvelle enquête de printemps ».....60

Intervenants : M. le Président – Mme Veronica Cremasco – M. Yves Coppieters, Ministre.

Interpellation de M. Jean-Pierre Lepine à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'accès à l'eau en période de canicule ».....62

Intervenants : Mme la Présidente – M. Jean-Pierre Lepine – M. Vincent Palermo – Mme Marie Jacqmin – M. Freddy Mockel – Mme Alice Bernard – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Bruno Lefèbvre à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la situation environnementale du site Flaurea Chemicals à Ath ».....68

Intervenants : M. le Président – M. Bruno Lefèbvre – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Freddy Mockel à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la contribution aux objectifs du Règlement sur les emballages et les déchets d'emballage (PPWR) des nouvelles capacités de recyclage de Fost Plus ».....70

Intervenants : M. le Président – M. Freddy Mockel – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Freddy Mockel à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'issue de la rencontre avec les syndicats agricoles ».....71

Intervenants : M. le Président – M. Freddy Mockel – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Jean-Pierre Lepine à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la gestion des cadavres d'animaux lors des épisodes de canicule ».....73

Intervenants : Mme la Présidente – M. Jean-Pierre Lepine – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Jean-Pierre Lepine à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la généralisation des citernes à eau de pluie ».....74

Intervenants : Mme la Présidente – M. Jean-Pierre Lepine – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Jean-Pierre Lepine à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les nuisances olfactives occasionnées par la station d'épuration à Wasmuël ».....75

Intervenants : Mme la Présidente – M. Jean-Pierre Lepine – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Yves Evrard à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la simplification administrative des manifestations sportives motorisées ».....77

Intervenants : M. le Président – M. Yves Evrard – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Nicolas Janssen à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la participation citoyenne dans l'éolien *onshore* ».....78

Intervenants : M. le Président – M. Nicolas Janssen – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Loris Resinelli à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les fortes fumées dégagées au niveau du zoning pétrochimique de Feluy-Écaussinnes »..... 79

Intervenants : M. le Président – M. Loris Resinelli – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de M. Stéphane Hazée à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'impact du rapport annuel 2025 de l'Institut fédéral des droits humains (IFDH) sur les politiques régionales et la nécessité d'avancer vers l'interfédéralisation »..... 80

Intervenants : M. le Président – M. Stéphane Hazée – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de Mme Veronica Cremasco à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la survie des territoires de réparation par l'économie sociale (TRES) » ;

Question orale de Mme Anne Laffut à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « le suivi des projets « Territoires de réparation par l'économie sociale (TRES) » subsistants »..... 82

Intervenants : M. le Président – Mme Veronica Cremasco – Mme Anne Laffut – M. Yves Coppieters, Ministre.

Interpellation de Mme Sabine Roberty à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les enseignements à tirer pour le secteur sociosanitaire des impacts de la première vague de chaleur » ;

Question orale de Mme Rachida Aït Alouha à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « le bilan de la canicule » ;

Question orale de Mme Rachida Aït Alouha à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la préparation pour le prochain épisode caniculaire » ;

Question orale de Mme Bénédicte Linard à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les conséquences sociales et sanitaires des vagues de chaleur » ;

Question orale de Mme Sylvie Muratore à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'impact de la vague de chaleur sur les personnes en situation de handicap » ;

Question orale de Mme Sylvie Muratore à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'impact des vagues de chaleur sur les personnes en difficulté psychique » ;

Question orale de Mme Jamila Ammi à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la nouvelle vague de chaleur et la prévention »..... 85

Intervenants : M. le Président – Mme Sabine Roberty – Mme Rachida Aït Alouha – Mme Bénédicte Linard – Mme Sylvie Muratore – Mme Jamila Ammi – Mme Marie Jacquemin – M. Nicolas Janssen – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de Mme Rachida Aït Alouha à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la pression à l'encontre du personnel soignant » ;

Question orale de Mme Jamila Ammi à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la pénurie dans les métiers du soin »..... 98

Intervenants : M. le Président – Mme Rachida Aït Alouha – Mme Jamila Ammi – M. Yves Coppieters, Ministre.

Question orale de Mme Rachida Aït Alouha à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les soins palliatifs à domicile et en maison de repos »..... 100

Intervenants : M. le Président – Mme Rachida Aït Alouha – M. Yves Coppieters, Ministre.

ORGANISATION DES TRAVAUX (SUITE)..... 101

Interpellations et questions orales transformées en questions écrites..... 101

Interpellations et questions orales retirées.....	101
LISTE DES INTERVENANTS.....	103
ABRÉVIATIONS COURANTES.....	104

COMMISSION DE LA SANTÉ, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'ACTION SOCIALE

Présidence de M. Jean-Pierre Lepine, Président

OUVERTURE DE LA SÉANCE

- La séance est ouverte à 9 heures 3 minutes.

M. le Président. – La séance est ouverte.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Examen de l'arriéré

M. le Président. – L'ordre du jour appelle l'examen de l'arriéré de notre Commission. Quelqu'un souhaite-t-il prendre la parole sur celui-ci ?

Personne. Merci.

Comme vous pouvez le constater, l'arriéré de notre Commission commence à devenir conséquent. Je propose dès lors que Mme la Secrétaire envoie un courriel à l'ensemble des secrétaires politiques afin de savoir ce que les groupes politiques souhaitent maintenir dans l'arriéré.

Marquez-vous votre accord sur cette proposition qui ne porte bien évidemment que sur les rapports et les avis contenus dans notre arriéré ?

(Assentiment)

Je vous remercie.

Rapport annuel 2025 d'Unia – Auditions

M. le Président. – Comme vous le savez, nous avons reçu le rapport annuel 2025 d'Unia.

Je vous propose dès lors de fixer l'audition des représentants d'Unia le jeudi 15 octobre 2026 – étant donné qu'il s'agit d'une semaine PW, je sais que certains d'entre vous sont retenus par le Bureau ou la Conférence des présidents – ou le mardi 3 novembre 2026, après le congé de la Toussaint.

Je vous rappelle néanmoins que les dernières auditions prévues sur la santé mentale ainsi que l'audition de M. le Médiateur auront lieu le 15 septembre. Le 29 septembre, nous entendrons M. Labiaux sur la pétition en faveur de l'instauration d'un système de consigne sur les bouteilles en plastique

et canettes. Le vendredi 2 octobre, nous procéderons comme convenu à la visite du site de Cometsambre à Obourg.

La parole est à M. Palermo.

M. Vincent Palermo (MR). – Monsieur le Président, pourriez-vous avoir la gentillesse de répéter à partir du mois de septembre afin que je vérifie si tout est correctement noté ?

M. le Président. – Nous proposons de recevoir M. Charlier d'Unia le jeudi 15 octobre ou le mardi 3 novembre.

Les dernières auditions sur la santé mentale sont prévues le 15 septembre, de même que l'audition de M. le Médiateur. Le 29 septembre, nous entendrons M. Labiaux dans le cadre de la pétition sur la consigne. Le 2 octobre, nous procéderons à la visite de Cometsambre à Obourg.

Marquez-vous votre accord sur ce calendrier ?

(Assentiment)

Je vous remercie.

En conclusion, la Commission décide de procéder mardi 3 novembre 2026 à l'audition de représentants habilités d'Unia.

AUDITIONS

La santé mentale

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les auditions sur la santé mentale.

Mmes Jacqmin et Dejardin ont déjà été désignées en qualité de rapporteuses.

Je tiens à excuser Mme Dejardin, retenue dans sa commune pour les commémorations relatives aux inondations.

Nous accueillons aujourd'hui :

- Mme Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val ;

- M. Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) ;
- Mme Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF) ;
- M. Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège.

Je les remercie bien évidemment pour leur participation aux travaux de notre Commission, d'autant que le calendrier des auditions a été modifié il y a quelques jours en raison des commémorations qui se tiendront demain, cinq ans après les dramatiques inondations de 2021, en région liégeoise.

Pour rappel, nous avons décidé de procéder à l'audition ce jour de représentants habilités de la Fédération des maisons médicales. En suite de la modification de l'agenda des auditions, M. Filipucci, Secrétaire général de la Fédération des maisons médicales, n'a pas pu se libérer. Il s'en excuse et mentionne « demeurer disponible pour échanger avec toutes les personnes qui pourraient se montrer intéressées par leur regard des structures pluridisciplinaires de soins primaires sur les problématiques de santé mentale ».

Nous pourrions proposer à la Fédération des maisons médicales de nous remettre un avis écrit.

Quelqu'un souhaite-t-il prendre la parole à ce sujet ?

La parole est à Mme Linard.

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Une autre date a-t-elle éventuellement été proposée ou, à ce stade, la piste privilégiée est-elle celle de l'avis écrit ?

M. le Président. – La piste la plus facile, si j'ose dire, sera l'avis écrit. Toutefois, comme je l'ai dit tantôt, il nous reste un jour d'auditions sur la santé mentale, sachant qu'il y a déjà quatre intervenants.

Si vous me dites qu'il faut solliciter M. Filipucci pour l'entendre ce jour-là, pourquoi pas ? Soit on lui demande un avis écrit, soit on lui demande ses disponibilités, à condition qu'il soit libre le 15 septembre. Je laisse cela à votre appréciation.

La parole est à Mme Roberty.

Mme Sabine Roberty (PS). – Il aurait été très enrichissant de pouvoir l'entendre, mais j'ai l'habitude de dire que les contributions écrites sont tout aussi importantes à nos yeux que les contributions orales, même s'il manquera les échanges avec ce pan du secteur en particulier.

Je peux comprendre que les travaux doivent s'organiser de la meilleure manière qui soit et que les travaux sont chargés. On ne va pas s'en plaindre et l'on

est là pour travailler. Dès lors, j'entends que ce sera compliqué et qu'il faudra à tout le moins s'accorder sur des questions au préalable. Toutes les questions que l'on déposera devront alors être communiquées au secteur que l'on aurait dû auditionner.

C'est donc avec beaucoup de tristesse que l'on doit baisser pavillon. Néanmoins, on comprend que l'agenda est compliqué à gérer.

M. le Président. – Pouvons-nous retenir la proposition de Mme Roberty, à savoir l'avis écrit et les questions qui pourraient découler des attributions de M. Filipucci ?

(Assentiment)

Je vous remercie.

En conclusion, la Commission décide de solliciter l'avis écrit de la Fédération des maisons médicales (FMM).

**Audition de Mme Duchêne,
Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le THIPI
d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordnatrice du service
résidentiel pour jeunes Clair Val**

M. le Président. – Mme Duchêne nous informe qu'elle est disponible jusque midi. Je vous propose qu'elle intervienne en premier dans les réponses aux questions éventuelles.

La parole est à Mme Duchêne.

Mme Élisabeth Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le THIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val. – C'est un honneur pour moi de pouvoir venir vous parler aujourd'hui. C'est vrai que, sur le terrain, on voit, on entend et l'on constate énormément de choses. Parfois, on a envie de transposer nos observations directement dans vos cerveaux pour que vous vous en rendiez compte. Je ne vais pas aller jusqu'à la greffe de cerveau, par contre, je vais me permettre de faire d'abord un état des lieux de ce que l'on croise régulièrement dans nos métiers.

J'ai deux grosses casquettes principales : je travaille d'abord dans un hôpital de jour pour adolescents qui accueille 29 jeunes entre 12 et 21 ans. Leur trait commun est qu'ils n'arrivent plus à aller à l'école. Nous n'aimons pas appeler cela « phobie scolaire », mais plutôt « refus scolaire anxieux » ; vous verrez plus tard que cela masque des tas de pathologies différentes. Ce sont des jeunes qui sont en mesure de venir le matin et de rentrer chez eux le soir, donc ils sont dans un état relatif de compliance et de stabilité. Ils ne sont pas hospitalisés en aigu.

Par ailleurs, je suis coordinatrice d'un service résidentiel pour jeunes ; je suis la seule psychiatre pour 139 jeunes. Je supervise les équipes, mais certains jeunes ont leur psychiatre personnel. Ce sont des jeunes qui sont en service résidentiel pour jeunes, c'est-à-dire qui relève plutôt de l'AViQ, et qui bénéficient souvent d'un enseignement de type 1 ou de type 3, avec des diagnostics de troubles du comportement ou de retard mental – je le dis maintenant, mais je le répéterai encore –, pour la plupart, induits par les conditions de vie. Dans 100 % de ces diagnostics, il y a peut-être 10 % qui sont innés et, selon moi, 90 % qui sont acquis. C'est déjà une chose que l'on ne réalise pas.

Pour vous donner deux microvignettes cliniques de ce que l'on croise, à l'hôpital de jour, on a une jeune fille de 12 ans qui rentre à peine en première secondaire et qui a fait déjà deux tentatives de suicide. Elle passe la journée dans sa chambre parce que ses parents veulent lui laisser la paix. Elle est donc sur des écrans à temps plein et fréquente des groupes, notamment sur TikTok, qui incitent aux scarifications, qui incitent à se faire hospitaliser, qui incitent à parler de mort. Il paraît que, en 12 minutes, l'algorithme vous réoriente, quand il sent la fragilité, vers ces sites catastrophiques.

De l'autre côté, au SRJ, on a un petit Noah, trois ans, pour le petit frère duquel il y a eu un signalement il y a huit mois. Un dossier SAJ a été ouvert pour le petit frère parce que l'on avait trouvé de la cocaïne dans les urines du bébé. Ce dossier SAJ a été refermé après cinq mois. On ne comprend pas pourquoi. Dans nos métiers, on sait que, lorsqu'une personne consomme, il faut la suivre sur des années pour qu'il y ait une chance de vrai sevrage et de vraie prise de conscience. C'est donc un dossier fermé avec un enfant abandonné chez eux et qu'ils ont retrouvé huit mois plus tard, enfermé dehors depuis 48 heures, un bébé tout nu dans ses excréments, qui n'a plus mangé depuis 24 heures. Si ces situations ne sont pas prises à la racine, chaque minute qui passe abîme ces enfants. C'est ce que je vais essayer de vous raconter avant de vous proposer mes pistes de réflexion.

Vous voyez ici à quel point les petits bébés sont déjà intelligents et réactifs. Quand on lui dit « ba, ba, ba », la ligne rouge diminue parce qu'il s'est bien rendu compte, au bout de deux ou trois fois, que c'est le même « ba ». Puis, on lui dit « ga » et « hop », et son cerveau réagit de nouveau. Les bébés ne sont donc pas du tout une terre vierge, c'est l'inverse : c'est une forêt vierge, ils ont énormément de compétences neuronales. L'éducation et la prise en charge vont plutôt élaguer certaines de ces compétences. Un véritable foisonnement de connexions se font à cet âge ; c'est pour cela que ce sont les moments les plus précieux et les plus fragiles.

En résumé, on croit que ce sont les gènes qui nous déterminent, mais très peu. La génétique classique n'a qu'un petit rôle dans le film de notre vie. Par contre, ce que nous sommes est essentiellement déterminé par les

premières années dans le bain d'enfance – j'appelle parfois cela l'aquarium – dans lequel nous baignons. L'épigénétique s'en mêle, effectivement, mais l'épigénétique va plutôt remanier nos données de départ. Il est donc très intéressant de se rendre compte que chaque minute, chaque heure qu'un enfant passe dans un milieu hypostimulant, voire maltraitant, c'est une heure qui l'abîme. Cette nourriture psychique et physique – relations, paroles, expériences – joue un rôle majeur dans ce que nous sommes.

Dans le meilleur des cas – qui n'est pas si fréquent que cela, malheureusement –, le jeune enfant a besoin d'un environnement aimant, vivant, riche de sens, ordonné, qui favorise l'exploration, la rencontre, les interactions bienveillantes, l'entraide, l'empathie, la générosité. Il lui faut donc un écosystème favorable. Les deux grandes choses que l'enfant va développer, c'est à la fois son intelligence, mais aussi son sens de l'autre.

On se rend compte que les enfants sont précâblés ; ils ont déjà des millions de neurones, mais les connexions doivent encore se faire. Ils sont précâblés pour apprendre, mais aussi pour aimer. On se rend compte qu'il y a déjà des capacités empathiques chez les bébés. En crèche, par exemple, on voit que des petits bébés vont naturellement se porter au secours d'un autre qui est coincé avec un jouet, ou des choses comme cela, alors qu'ils savent à peine ramper. Cela veut dire que, au départ, l'humain qui naît dans un environnement suffisamment bon, a priori, il a un sens de la justice profond. On voit bien que, 20, 40 ou 50 ans après, ce n'est plus toujours le cas. Porter notre attention sur de tels facteurs environnementaux ne devrait plus être une option. Quand je parle d'environnement, je parle d'environnement précoce : le milieu de vie de l'enfant, au départ.

Vous voyez ses petits neurones. Si vous regardez en bas à gauche, une petite ligne indique que ce sont deux microns, donc deux millièmes de millimètre. Ces neurones n'arrêtent pas de bouger et de se connecter. On ne s'imagine pas cela, mais, tandis que je vous parle, vous êtes occupés à connecter des neurones et à faire de nouvelles connexions. Nous en faisons 100 par minute, mais les bébés en font entre 700 et 1 000 par seconde. C'est encore autre chose.

Le fait que l'environnement soit très très impactant dans ce que l'on va devenir. C'est à la fois une excellente et une très mauvaise nouvelle. C'est une excellente nouvelle, parce que cela veut dire qu'il n'y a pas de fatalité. Il y a quelques maladies génétiques, cela existe, mais, dans l'ensemble de la population, il y a énormément d'enfants qui pourraient devenir de chouettes personnes, des citoyens qui « fonctionnent » et des travailleurs qui vont bien. La mauvaise nouvelle est que ces premiers environnements s'impriment dans le cerveau du bébé pour le meilleur et pour le pire.

L'humain est prédisposé à développer le langage, le raisonnement, l'empathie, mais il doit faire avec le matériau que son environnement lui donne. Si on lui dit : « Lève-toi, bouge d'ici, monte dans ta chambre ! », c'est tout autre chose que si on lui dit : « Mon petit loulou, viens, on va aller manger, c'est le moment, assieds-toi, mets ta bavette ». Ce n'est pas compliqué à se le représenter.

Il y a eu une étude saisissante, dont on parle peu parce que c'est très politiquement incorrect de nommer les choses comme cela, *The Early Catastrophe*. En 2003, ils ont enregistré des centaines d'heures d'interactions entre des parents et des enfants dans 42 familles de tout le spectre socioéconomique. On se rend compte que de 86 % à 98 % des mots utilisés par les enfants à trois ans proviennent directement du vocabulaire des parents. La façon dont on leur parle va terriblement impacter cet enfant.

La longueur et le style des conversations sont tout à fait les mêmes que ceux de leurs parents. Si l'on n'a fait que des phrases courtes et surtout impératives, ce sera très différent par rapport aux enfants qui ont entendu des phrases plus élaborées et de véritables conversations. Les enfants issus de milieux stimulants auront entendu au total 30 millions de mots de plus que les enfants de milieux moins favorisés. Ce n'est pas qu'il y a 30 millions de mots différents, mais c'est la quantité de choses dites par rapport au fait que, pour d'autres, il y a une réelle malnutrition mentale.

Cela les met dans une situation de désavantage criant qui se voit déjà à l'âge de trois ans, puisque le QI est bien plus développé chez des enfants stimulés que chez les autres. Ce n'est pas de la génétique, ce n'est pas parce qu'ils sont nés avec un QI plus bas. Il est important de se rendre compte que les enfants naissent avec un potentiel. Il y a de petites variantes génétiques, mais pas du tout aussi massives que ce que l'on observe quand les enfants sont hypostimulés. Ceux qui ont été bien stimulés ont de meilleures performances scolaires, vont faire de meilleures études, et cetera. On ne fait qu'entretenir les inégalités.

Vous voyez juste la différence ici entre le cerveau d'un singe macaque et celui d'un humain, pour vous dire que toutes les zones rouges chez l'humain sont toutes les zones de la réflexion, la prise de recul, l'empathie. Ce sont les zones spécifiques à l'humain. C'est très différent. Ces milliards de neurones se fabriquent et se connectent pendant les petites années.

Nourrir richement et positivement, tant le sens de l'autre que l'intelligence, dans cette période de grande immaturité, est fondamental. La nature est bien faite, puisque les enfants, c'est à l'âge où ils sont les plus curieux qu'ils prennent aussi tous les stimuli : une ambulance qui passe, un animal qu'ils croisent. Ils n'arrêtent pas de connecter des neurones parce qu'on leur dit : « Cela, c'est un chat ; cela, c'est une

ambulance ». Ils sont occupés à faire 700 à 1 000 nouvelles connexions par seconde. Vous imaginez ? Quand il touche, attrape, nous appelle, le bébé construit son cerveau.

C'est essentiel que l'on n'entrave pas les découvertes par des phrases lapidaires, mais que l'on soutienne tout cela au contraire. Cela veut dire que la responsabilité des adultes et de l'entourage – ce sont aussi la crèche, les puéricultrices, les grands-parents, les voisins et voisines – est capitale, et encore plus que l'on ne se le représente.

Si l'on souhaite permettre aux enfants de faire preuve d'empathie et de s'exprimer avec aisance, et cetera, il n'y a pas 36 solutions : tous les gens autour d'eux doivent en témoigner eux-mêmes, puisque l'enfant va faire avec le matériel qui est sous ses yeux.

Cela veut dire que tous les professionnels de l'enfance, tous les soignants, dans l'idéal, devraient avoir une grande exigence envers eux-mêmes et envers la façon dont ils s'adressent aux enfants, tant au niveau du contenu que de l'intention, puisque les enfants le perçoivent. Cela devrait être une règle d'or, cette exigence de toujours rester bienveillant et de toujours bien s'adresser à l'enfant.

L'enfant n'est pas non plus passif ; il doit lui-même engager son mécanisme d'apprentissage en faisant lui-même ses essais et ses erreurs. On n'apprend pas des essais et des erreurs de l'autre. Vous verrez d'ailleurs, dans une de mes questions, que, comme l'intelligence artificielle apprend également par essai et erreur et comme les enfants la consultent de plus en plus tôt, on peut s'inquiéter de savoir s'ils vont continuer à apprendre par essai et erreur ou s'ils vont systématiquement déléguer tous leurs apprentissages à l'intelligence artificielle, même pour de simples questions comme « Qu'est-ce que je mets avec mon jean ? » En effet, maintenant, les enfants posent ce genre de questions à l'intelligence artificielle. Ainsi, quand elle répond à un enfant « le pull bleu », il n'essaie pas d'aller à l'école avec un pull rouge et aucun copain ne lui dit : « Oh, c'est moche, ton pull rouge », ce qui ne lui permet pas d'apprendre par essai et erreur et, la fois suivante, de privilégier le pull bleu.

Quand je parle d'apprentissage, je ne parle pas seulement des registres pédagogique et scolaire, mais aussi de tout le registre psychologique, puisque les comportements relèvent également d'apprentissages. Quand on voit ses parents faire quelque chose, on le fait.

La représentation à l'écran montre à quel point le cerveau est plastique ; à gauche, vous voyez l'auriculaire gauche d'un violoniste, indiqué en bleu, tandis qu'à droite, c'est l'auriculaire gauche d'un non-musicien. Vous constaterez que le violoniste, qui a exercé son auriculaire, a une beaucoup plus grande zone dédiée à ce mouvement. Si l'on extrapole, c'est

exactement la même chose pour exprimer son intelligence, son langage, son empathie, son sens de l'autre, sa débrouillardise, et cetera. Si l'on exerce une capacité, on la développe ; si l'on ne l'exerce pas, elle reste lettre morte. L'être humain apprend en faisant, en agissant, et non en écoutant. Il est câblé pour apprendre par sa propre activité, mais pas seul. C'est le grand paradoxe : le jeune humain doit apprendre par lui-même, mais avec l'aide de l'autre.

Dès lors, ni les systèmes où on les laisse tout inventer par eux-mêmes ni ceux où l'on fait les choses à leur place ne fonctionnent, car l'enfant est un être à la fois inachevé et complet. Étant inachevé, il doit être protégé et accompagné, mais, parce qu'il est complet, on doit quand même toujours lui parler comme à un sujet déjà humain. Quelque part, il est même plus complet que nous, puisque, à la naissance, il est capable d'apprendre n'importe quelle langue, puis il va perdre certaines capacités par élagage. Il y a des sons différents ; par exemple, il existe des langues où il y a cinq ou six « i » différents. Nous, on n'en entend plus qu'un ou deux, mais les tout petits peuvent encore distinguer cinq ou six « i » ou « o ». C'est dans ce double statut que se situe la difficulté de tout accompagnement éducatif, pédagogique ou psychothérapeutique : l'enfant est un sujet et doit être traité comme tel, mais il a aussi besoin d'être accompagné. On ne peut donc pas, par exemple, laisser un enfant de 12 ans seul dans sa chambre avec TikTok pendant des heures.

Il y a ainsi deux sens au verbe « éduquer ». Le premier sens, « educare », c'est pourvoir aux besoins, transmettre des connaissances, nourrir, élever et soigner, mais il y a aussi le deuxième sens, « exducere », c'est-à-dire « faire sortir de ». Là, il s'agit d'élever vers le haut, l'idée étant que les ados ou les enfants sont des « grandissants », tandis que les adultes devraient être des « grandisseurs ». Je n'ai pas trouvé de plus joli mot, il faudrait trouver une étymologie grecque ou latine, mais l'idée est quand même qu'il faudrait aussi que les parents aient tous envie que leurs enfants grandissent, ce qui n'est pas toujours le cas non plus.

L'image suivante montre la multiplicité des variations interindividuelles. En fait, on a tous un cerveau différent. Chaque cerveau est unique. On ne peut donc pas appliquer les recettes qui ont fonctionné pour Isabelle à Anatole, parce que cela ne marchera pas.

J'en viens à la santé mentale, puisque c'est quand même pour cela que vous m'avez invitée. Selon nous – j'ose dire « selon nous » parce que cela relève de très longues discussions avec de nombreux collègues. Je travaille dans un groupe de 20 collègues où l'on est tout le temps en réflexion et où l'on participe beaucoup à des groupes de réflexion avec encore d'autres collègues. Je ne parle donc pas qu'en « je » ; c'est un état des lieux dont beaucoup de personnes pourraient témoigner.

Selon nous, cela ne relève pas seulement de questions individuelles ou médicales ; le mal-être des jeunes est le reflet de profondes mutations sociales, culturelles et symboliques qui traversent notre époque. Winnicott avait déjà dit : « L'adolescence est le baromètre du social. » En effet, cela nous parle ; comme un baromètre sensible, les adolescents nous disent quelque chose du monde dans lequel ils grandissent, à condition que nous prenions le temps de les écouter.

Que nous dit la souffrance des ados sur notre société ? Pourquoi, aujourd'hui, tant de jeunes peinent-ils à se projeter dans l'avenir ? Comment peut-on les y aider ? Comment peut-on soutenir leur capacité à désirer, à avoir envie de trouver une place dans ce monde qui n'offre quand même pas toujours que des promesses ? Quels repères offrir aux parents, enseignants, éducateurs et professionnels qui les accompagnent au quotidien ? Toujours selon nos observations, je vais vous dire pourquoi nous avons l'impression que les jeunes vont mal.

D'abord, parce que les adultes, leurs parents, vont souvent mal aussi. Pas toujours, bien sûr, mais pour beaucoup, la société privilégie l'individuel, la jeunesse infinie, la possession, la réussite. Or, ces recettes qui ont promis une vie belle sont surtout du côté de la valorisation du narcissisme : « Restons jeunes, restons beaux, faisons du sport », ce qui ne va pas trop avec le fait de se dire : « Je suis parent, je me coltine un ado et j'assume qu'il va me dire que je suis vieille et moche ». Pourtant, c'est notre métier. Beaucoup de parents oublient la dimension de l'autre et du collectif. Je dirais « oublie » parce qu'ils sont préoccupés par leur narcissisme ou simplement parce qu'ils vivent dans des conditions de précarité hallucinantes. À ce propos, je crois que vous avez entendu le délégué aux droits de l'enfant expliquer que quand on dort dehors dans la rue, on ne peut pas aller bien. C'est impossible. On est en mode survie et, quand on est en mode survie, on ne peut pas s'occuper correctement de ses enfants.

Il est vrai qu'il y a quelques décennies ou siècles, on vivait ou on se battait pour des idéaux. Cela pouvait être sa famille, la patrie, l'égalité, cela pouvait être les sciences. Maintenant, qui se bat encore pour des idéaux ? Bon, vous peut-être, certainement, nous on essaie, mais il y en a quand même beaucoup qui vivent pour posséder. Or, un humain qui n'a pas un sens à sa vie, c'est un humain qui flétrit.

Dans la même logique, il n'y a pas de place pour l'enfance. Qu'est-ce qu'un enfant ? Il faut articuler le principe d'éducabilité et le principe de liberté – comme je le disais tout à l'heure. L'enfant est éducatif, mais il faut respecter le fait qu'il est déjà un sujet humain. Ce n'est pas un objet. Il faut être tout le temps inventif. Il faut inventer des situations qui sont contenantes, porteuses, stimulantes, émancipatrices. Il faut protéger le droit à l'insouciance. Ils sont exposés à des contenus sur les écrans, mais aussi en famille, inacceptables,

impensables. On n'imagine pas ce que les enfants voient dans certaines familles. C'est à partir de mon expérience en service résidentiel pour jeunes que je peux le dire. On n'imagine même pas.

Il y a également la question de l'autorité qui, maintenant, n'a plus tellement bonne presse. La fonction limitante est indispensable. C'est comme l'enclos pour que le petit mouton puisse s'égayer à l'intérieur, mais qu'il n'aille pas se faire bouffer. Tout n'est pas possible.

La perte du tiers, la référence extérieure – c'est ce que veut dire le tiers – et du sens du collectif. Or, on dit souvent qu'il faut tout un village pour élever un enfant. Le danger, ce serait que l'on ne pense plus que c'est la société dans son ensemble qui doit porter le projet éducatif. On ne peut pas confier cela uniquement aux parents ou à une juxtaposition de spécialistes qui ne se parlent pas entre eux. Cela n'a pas de sens. Avant, c'était un projet sociétal, il y avait des voisins, des grand-mères et il faudrait retrouver un petit peu ce mouvement.

Les réseaux sociaux viennent aggraver terriblement puisqu'on s'évade dans la virtualité. On valorise l'image ; cela fragilise l'estime de soi à tous les étages, chez les adultes et chez les seniors aussi, puisqu'on n'est jamais assez beau, on n'a jamais fait d'assez belles vacances, et cetera.

Je vous le rappelle en deux mots, mais, chez les ados, les gros dégâts des réseaux sociaux, c'est la privation sociale, le manque de sommeil, la fragmentation de l'attention et l'addiction. Je suppose que vous le savez, mais je le répète quand même : il existe carrément des laboratoires de captologie. C'est un peu atroce de se représenter cela. Ce sont des laboratoires de neuroscientifiques où ils utilisent des techniques de neuroscience pour influencer, modifier et persuader les comportements des individus. Il y a des chercheurs qualifiés qui passent leur temps à nous droguer.

On passe ainsi d'une enfance du jeu à une enfance du smartphone. C'est une toute nouvelle forme d'enfance, puisqu'elle est vécue à l'intérieur, devant un écran. C'est une véritable mutation des liens sociaux, car aucun de ces liens n'est durable. Ils ont plusieurs liens simultanément et chacun peut les larguer d'un moment à l'autre. Ils perdent aussi toute l'expérience du jeu libre ; or, c'est comme cela que l'on apprend. C'est un peu comme les chatons ou les petits chiens qui jouent ; on apprend en jouant, on tombe, on essaie, on remonte sur l'arbre ou sur la branche, et cetera. Dans cette enfance du smartphone, il n'y a plus de lois. C'est une anomie, il n'y a plus de valeurs communes à un groupe. Cela donne, entre autres, beaucoup de désespoir et même des suicides, car les ados peuvent être envahis par un sentiment de vacuité de leur existence.

On « psychologise » tout cela ; c'est bien qu'il y ait des psys, évidemment, mais ce ne sont pas eux qui peuvent sauver le côté social. Il faut des psys, mais il faut aussi une prise en compte plus large. J'ose dire ici – et j'espère que je ne vexerai personne – que, selon moi, les soins psychiques ne sont pas toujours adéquats. Il y a beaucoup de gaspillage, parce que le psychisme est extrêmement complexe. Cette complexité nécessite que l'on connaisse la psychopathologie, c'est-à-dire les causes des difficultés psychiques. Ces causes sont souvent nombreuses, variées et profondes ; cela demande donc beaucoup de temps. De plus, une fois que l'on est face à un professionnel qui cherche à comprendre les causes, il faut de la continuité. Je pense que vous l'avez entendu aussi dans d'autres interventions : quand il y a de la discontinuité, on perd son patient. Par ailleurs, on est dans un grand déni de ce que l'on ne contrôle pas, que nous pouvons appeler l'inconscient. Beaucoup de gens rêvent d'être des machines et viennent chez le psy en pensant que l'on va leur enlever leurs symptômes en cinq ou six coups, comme s'ils allaient au garage. Or, ce dont on souffre est toujours beaucoup plus complexe et, souvent, différent de la demande de départ. Par exemple, la phobie des araignées cache toujours autre chose – c'est un exemple, mais il faut chercher en dessous.

Il faut donc une pratique thérapeutique de fond qui permet au patient et à la famille d'analyser en profondeur ce qui a été blessant, ce qui a créé un trauma, et cetera. Sinon, on perd son temps. Il faudrait des intervenants très formés avec de hautes compétences d'écoute et de création conjointe – avec le patient et la famille, mais aussi avec les collègues. Jusqu'ici, nous avons toujours estimé que, pour être un soignant bien formé, il est impératif d'avoir fait sa thérapie personnelle en profondeur, de continuer à se former en permanence – on est dans des formations continues – et d'être supervisé. Être supervisé et pouvoir parler des situations rencontrées à un superviseur, c'est la seule garantie de qualité.

M. le Président. – Madame, excusez-moi de vous interrompre, mais vous avez déjà utilisé 25 minutes de temps de parole. Je vous demanderai donc de conclure, sachant que des questions interviendront ensuite.

Mme Élisabeth Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val. – Je conclus.

M. le Président. – Je vous remercie.

Mme Élisabeth Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val. – Malheureusement, la discontinuité des prises en charge l'emporte souvent sur la cohérence, ce qui pénalise les enfants et les adolescents, de même que les simplismes auxquels on a

parfois affaire, avec les étiquettes TDAH, autiste, trouble oppositionnel... Si l'on écoute les parents, 50 % des enfants ont ce genre d'étiquette.

Mon cinquième constat est que l'école a trop d'attentes sur le dos. On délègue trop à l'école la prise en compte des spécificités de chaque enfant, alors que le refus scolaire anxieux est beaucoup plus complexe. Il est abordé dans l'école, mais pas nécessairement à l'école.

Malheureusement, je n'ai pas le temps pour la suite. J'avais quand même pas mal de propositions. Puis-je vous les lire ?

M. le Président. – Si vous voulez, vous pouvez les lire.

Mme Élisabeth Duchêne, Pédiopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédiopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val. – Je vais les lire puis je vous donnerai le document :

- encadrer les parents ;
- promouvoir le jeu libre et les activités en plein air ;
- légiférer sur les réseaux sociaux. C'est important, même si je sais que c'est très difficile ;
- mieux former tous les professionnels de la santé et de l'enfance ;
- favoriser la prévention à l'école, qui est le lieu pour ce faire, avec des cercles de parole dans le cadre d'une intervention conjointe entre profs et psys, car on ne peut pas laisser les profs faire cela seuls. Dans les petites années, où l'on peut aider les enfants à fonctionner ensemble, il s'agit de repérer s'il y a des enfants qui ont du mal ou qui dysfonctionnent, soutenir de véritables moments de démocratie participative pour qu'ils apprennent à penser au pluriel, c'est-à-dire du « moi » au « tu » et du « tu » au « nous ».

M. le Président. – Je vous remercie, Madame Duchêne. Votre PowerPoint sera disponible sur la plateforme sécurisée dans les prochaines minutes. Puis-je vous suggérer de vous attarder, dans vos réponses, sur les conclusions que je n'ai malheureusement pas pu...

Mme Élisabeth Duchêne, Pédiopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThiPI d'Area+ et Pédiopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val. – Je suis désolée, j'ai été un peu lente.

M. le Président. – Non, je vous remercie votre discours de qualité.

**Audition de M. Delrée,
Président de la Fédération des associations de
médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW)**

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

M. Guy Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW). – Monsieur le Ministre. Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Députés, je vous remercie de donner aujourd'hui la parole à la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne dans le cadre de vos travaux consacrés à la santé mentale.

Lors des auditions précédentes, vous avez dû entendre des experts qui vous ont probablement présenté des chiffres, des analyses, des constats ainsi que différentes pistes d'action. Je ne viendrai pas aujourd'hui enrichir ce débat de nouvelles statistiques. D'une part, parce que notre fédération ne dispose pas des moyens nécessaires pour en produire. D'autre part, parce que les données existantes vous ont déjà ou vous seront encore présentées.

Le message que je souhaite vous transmettre est celui du terrain. La santé mentale est au cœur du travail quotidien des médecins généralistes. Elle représente également une part non négligeable des efforts déployés par les cercles de médecine générale dans l'organisation de la première ligne de soins. La médecine générale est, d'une certaine manière, le miroir de la société. Or, ce miroir nous renvoie une image préoccupante : la santé mentale d'une part importante de la population wallonne est fragilisée. Cette réalité touche toutes les catégories d'âge, sans exception. Il n'est pas un jour où un médecin généraliste n'est confronté à une souffrance psychique : anxiété, dépression, isolement, difficultés familiales, épuisement professionnel, troubles du comportement chez les jeunes ou encore détresse liée à la précarité.

Nos aînés, par exemple, et en particulier ceux qui vivent en maison de repos et de soins, méritent une attention particulière. Les médecins généralistes sont régulièrement interpellés par le nombre très élevé de prescriptions d'antidépresseurs dans ces établissements. Nous devons, certes, poursuivre les efforts d'optimisation de nos prescriptions de psychotropes, mais ces chiffres traduisent aussi une réalité souvent passée sous silence : une souffrance psychique majeure liée à l'isolement, à la perte d'autonomie et parfois à une véritable désinsertion sociale.

Ces prescriptions sont le révélateur d'une situation humaine préoccupante. Il est de la responsabilité de notre société de développer des alternatives, notamment le maintien à domicile lorsque cela est possible, et de garantir dans les maisons de repos et de soins des effectifs permettant une véritable humanisation des soins. Par exemple, certaines maisons de repos – pas

toutes, car ce n'est pas obligatoire – disposent d'une psychologue et je trouve que c'est une vraie plus-value.

J'ajoute que les vagues de chaleur après le covid viennent encore frapper les plus faibles de nos personnes âgées dans des infrastructures qui n'ont pas été pensées pour leur garantir des conditions de vie décentes lors de ces conditions climatiques qui ne sont hélas plus exceptionnelles. Cette situation est pour le moins anxiogène pour nos résidents.

Parmi les évolutions qui interpellent particulièrement les médecins généralistes figure également la multiplication des comportements addictifs et des assuétudes. Les assuétudes ne constituent pas un phénomène nouveau. Certaines, comme celles liées à l'alcool, au cannabis et à d'autres substances psychoactives, sont bien connues des professionnels de santé. Cependant, nous observons également l'apparition régulière de nouvelles substances dont les effets et les risques sont parfois mal connus, y compris des médecins généralistes eux-mêmes. Le marché évolue rapidement et les connaissances peinent parfois à suivre le rythme de ces évolutions.

Au-delà de ces substances, notre société est également confrontée à d'autres formes d'assuétudes : l'usage problématique des écrans, des smartphones, des jeux en ligne, des réseaux sociaux ou encore de la pornographie. Les mécanismes à l'œuvre sont complexes et les connaissances scientifiques continuent d'évoluer dans ces domaines.

Ce qui apparaît cependant de manière évidente dans la pratique quotidienne, c'est le lien étroit qui existe entre les assuétudes et la santé mentale. Les comportements addictifs peuvent être la conséquence d'une souffrance psychique préexistante, une tentative d'y faire face ou d'en atténuer les symptômes, mais ils peuvent également devenir eux-mêmes un facteur d'aggravation et un obstacle majeur au rétablissement. Notre société produit aujourd'hui de nombreuses opportunités d'addiction, mais elle ne produit pas, pour autant, de ressources pour en prévenir les conséquences ou accompagner leur prise en charge.

Un autre phénomène qui émerge dans notre société contemporaine est l'écoanxiété. Les inondations de 2021, les vagues de chaleur successives ou encore les inquiétudes suscitées par les PFAS nourrissent, chez de nombreux citoyens, un sentiment d'insécurité face à l'avenir. Beaucoup ont le sentiment et déplorent que les réponses proposées reposent essentiellement sur des démarches individuelles, alors que les leviers les plus efficaces relèvent des pouvoirs publics, ce qui est anxiogène, au point, par exemple, de les pousser à choisir de ne pas avoir d'enfant. Les médecins généralistes demandent, depuis plusieurs années, que toute politique publique soit évaluée selon le principe que la santé doit être présente dans toutes les politiques. Il devrait en être de même des préoccupations

environnementales. Nous vous invitons à faire preuve d'une ambition accrue dans cette approche.

Un autre déterminant majeur de la santé mentale mérite également d'être souligné : c'est le travail. Son influence peut s'exercer dans les deux sens. D'un côté, des conditions de travail difficiles, une charge excessive, un manque de reconnaissance ou encore des relations interpersonnelles dégradées au sein de l'entreprise peuvent provoquer l'apparition ou l'aggravation de troubles de santé mentale. De l'autre, le travail constitue souvent un facteur de protection, favorise l'intégration sociale, donne du sens, structure le quotidien et contribue à préserver les personnes de la précarité, dont chacun sait qu'elle est un facteur de risque important pour la santé mentale.

Dans notre pratique de médecin généraliste, nous sommes régulièrement confrontés à des situations où la souffrance au travail tient une place centrale dans la maladie. Pourtant, les solutions restent souvent difficiles à mettre en œuvre. Une collaboration plus proactive entre le patient, le médecin traitant, le médecin-conseil de la mutuelle, les médecins du travail, voire, dans certains cas, les syndicats et l'employeur, permettrait d'identifier plus rapidement des pistes de réorientation, d'adaptation du poste ou de reprise progressive d'une activité professionnelle compatible avec l'état de santé de la personne et de nature à l'aider dans sa guérison.

Le débat sur la remise au travail des personnes en incapacité de longue durée mérite d'être abordé avec nuance. Un des symptômes de la dépression est la perte d'estime de soi. Celle-ci est souvent amplifiée lorsque l'on pense perdre la place que l'on tient dans la société à cause d'un arrêt de travail, qui est nettement moins bien vécu pour une dépression que pour une jambe cassée. Nous constatons en outre qu'une conséquence importante d'une incapacité de travail pour un problème de santé mentale est le sentiment de culpabilité qui ronge ces patients, notamment à l'égard de leur emploi, leurs collègues ou leur famille.

Ces différentes réalités renforcent la complexité des situations auxquelles les médecins généralistes sont confrontés. Dans ce domaine également, l'accès à une expertise spécialisée reste souvent insuffisant. Faute de ressources facilement accessibles, les médecins généralistes sont régulièrement amenés à prendre en charge des problématiques pour lesquelles ils ne disposent pas toujours du soutien nécessaire.

Revenons dans le cabinet des généralistes. Face à ces situations, le rôle du médecin généraliste ne se limite pas à établir un diagnostic ; il consiste d'abord à écouter – parfois longuement –, comprendre, accompagner, conseiller, orienter et, lorsque cela est nécessaire, prescrire un traitement au sens large du terme. Pourtant, ce travail n'est pas reconnu à sa juste valeur. Le système actuel ne prévoit pas davantage de temps ou de valorisation pour la prise en charge d'une

personne en souffrance psychique que pour une consultation concernant une affection bénigne et aiguë. Pourtant, chacun sait qu'accompagner une personne dépressive ou en situation de détresse psychologique exige du temps, de la disponibilité et une implication considérable.

Se pose alors la question essentielle : que devons-nous prescrire ? Bien entendu, il existe des traitements médicamenteux. Ils ont leur place dans l'arsenal thérapeutique. Pourtant, le débat public tend parfois à amalgamer des réalités très différentes. Les benzodiazépines – les somnifères, pour vulgariser le terme –, dont les risques de dépendance et les effets indésirables sont connus, sont souvent associés à tort dans les discours à d'autres traitements, tels que les antidépresseurs. Ces derniers, qui sont d'une aide précieuse, ne sont pas dénués de limites et doivent être prescrits avec discernement, évalués régulièrement et arrêtés lorsque le moment est venu. Ceci dit, ils restent, pour de nombreux patients, des traitements utiles et souvent indispensables. Leur réputation souffre trop d'amalgames qui ne rendent pas service aux patients.

Le deuxième pilier fondamental de la prise en charge est évidemment l'accompagnement psychologique par des professionnels qualifiés. Or, c'est ici que les difficultés apparaissent. L'offre de psychologues demeure insuffisante et manque de lisibilité. Pour un médecin généraliste, il est souvent difficile de savoir quels psychologues sont disponibles, conventionnés ou non, quelles approches thérapeutiques ils pratiquent, quels publics ils prennent en charge et dans quel délai ils peuvent recevoir de nouveaux patients.

La plupart des médecins ont aujourd'hui le sentiment que le paysage de la santé mentale est devenu particulièrement complexe. Les structures se sont multipliées, chacune avec ses missions, ses critères d'accès, ses limites d'âge, ses territoires d'intervention et ses horaires. Certains services s'adressent aux adolescents, d'autres aux adultes. La plupart ont un territoire donné, ce qui pose des problèmes aux médecins et aux patients qui se situent aux frontières de ces territoires. Dans ce contexte, de nombreux médecins généralistes se sentent contraints, à tort ou à raison, d'assurer eux-mêmes une partie du suivi psychologique de leurs patients. Non parce qu'ils disposent de la formation adéquate pour cela, mais parce qu'ils ne trouvent pas de solution accessible dans des délais raisonnables. Cette situation résulte à la fois du manque de professionnels disponibles et des difficultés financières rencontrées par une partie des patients pour accéder à une prise en charge psychologique.

Le paradoxe est préoccupant. D'une part, les médecins généralistes sont amenés à assumer des missions qui dépassent leur champ de compétences ; d'autre part, la médecine générale elle-même est confrontée à une pénurie importante. De nombreux

citoyens éprouvent déjà des difficultés à trouver un médecin traitant lorsqu'ils déménagent, tandis que ceux qui en disposent se plaignent régulièrement de délais importants pour obtenir un rendez-vous pour des soins non programmés. Chaque fois que le médecin généraliste compense les insuffisances du système de soins de santé mentale, il le fait au détriment du temps qu'il pourrait consacrer à d'autres patients. Cette situation n'est satisfaisante ni pour les médecins, ni pour les patients, ni pour le système de soins de santé dans son ensemble.

Avant de conclure, permettez-moi d'aborder un aspect peut-être moins présent dans les différentes interventions que vous avez pu écouter, mais qui me tient à cœur : la santé mentale des soignants eux-mêmes. Pour bien soigner un patient, il est évidemment préférable d'être soi-même en bonne santé physique et mentale. Or, la santé mentale des généralistes est aujourd'hui mise à rude épreuve. La profession n'est pas sortie complètement indemne de la crise covid, où nous avons été en proie à des conflits de valeurs, des remises en question du sens de notre travail – certes, pas toujours négatives, mais souvent difficiles à vivre et déstabilisantes.

Cette crise a eu un impact sur la profession qu'il n'est toujours pas facile d'évaluer aujourd'hui. Cette situation n'est pas le résultat d'une fragilité individuelle, mais bien la conséquence d'un contexte professionnel de plus en plus exigeant. La pénurie de généralistes, mais aussi celle de certains spécialistes et d'autres intervenants, d'autres soignants de la première ligne, comme les infirmiers à domicile, exerce une pression croissante sur l'ensemble de la première ligne. En santé mentale, un thérapeute ne peut rien faire s'il est tout seul. Il faut un réseau, des intervenants, des professionnels, des structures. Certains vont jusqu'à parler d'un généraliste sur deux en risque de burn-out. N'est-ce pas le résultat de choix de société, ou parfois de choix politiques ?

Les généralistes sont confrontés quotidiennement à des demandes de patients qui peinent à trouver un médecin, à des attentes de rendez-vous rapides pour des soins non programmés, ainsi qu'à une charge de travail administrative toujours plus importante. Parallèlement, ils souhaitent exercer une médecine de qualité. Celle-ci implique non seulement d'être curatif, mais aussi la prise en charge de maladies chroniques, ainsi que tout le volet de prévention et promotion de la santé, et de l'accompagnement au long cours. Les consultations sont de plus en plus complexes. Les patients se présentent souvent avec plusieurs motifs lors d'une même consultation et viennent rarement avec pour seul motif de permettre aux médecins d'aborder des questions de prévention.

À ces difficultés s'ajoute la question des gardes. Elles constituent un maillon indispensable dans la continuité des soins. L'évolution progressive de leur

contenu devient, hélas, difficilement soutenable. De plus en plus souvent, les services de garde absorbent des demandes qui relèvent davantage d'une extension des horaires habituels de la médecine générale que de véritables soins urgents.

Cette perte progressive de sens est particulièrement délétère. Lorsqu'un professionnel a le sentiment que son temps et son énergie sont mobilisés pour répondre à des dysfonctionnements organisationnels plutôt qu'à sa mission première, l'usure professionnelle s'installe. C'est aggravé par la privation trop souvent inutile de sommeil lors de ces nuits de garde, l'absence de possibilité de récupération et la réduction du temps consacré à la vie privée.

La garde actuelle, de par sa récurrence et sa perte croissante de sens, affecte la santé mentale des médecins généralistes ainsi que la santé physique. Prendre soin de la santé mentale des citoyens implique également de prendre soin de celle des professionnels qui les accompagnent. Un système de santé ne peut être robuste et durablement performant si ceux qui le font vivre quotidiennement s'épuisent progressivement.

Mesdames et Messieurs les Députés, au regard de ces constats, nous souhaiterions formuler quelques demandes simples, directement inspirées de l'expérience quotidienne des médecins généralistes de Wallonie.

Premièrement, nous avons besoin d'une meilleure lisibilité de l'offre en santé mentale. Les généralistes doivent pouvoir rapidement identifier les ressources disponibles pour leurs patients : quels professionnels sont accessibles, dans quels délais, avec quelles compétences et selon quelles modalités de prise en charge. Un *single point of contact* ou une cartographie claire, actualisée et facilement consultable constitueraient déjà une avancée importante.

Deuxièmement, nous plaçons pour une simplification des dispositifs et des réseaux de santé mentale. La richesse des acteurs présents sur le terrain est une force, mais leur multiplication a parfois rendu le système difficilement compréhensible pour les patients comme pour les professionnels. La coordination doit être renforcée et les parcours de soins rendus plus fluides.

Troisièmement, l'accessibilité financière aux soins psychologiques doit être améliorée. Trop de patients renoncent encore à un suivi pourtant nécessaire, pour des raisons économiques. La première ligne constate quotidiennement que l'existence théorique d'une offre ne garantit pas son accessibilité réelle.

Quatrièmement, il est indispensable de soutenir davantage les médecins généralistes dans leur rôle de premier recours en santé mentale. Cela passe notamment par le développement d'outils de collaboration avec les professionnels spécialisés, par un

meilleur accès de l'expertise psychiatrique lorsque celle-ci est nécessaire, et par un renforcement des ressources mises à disposition de la première ligne, notamment dans le domaine des assuétudes. Trouver un psychiatre est devenu un défi bien trop compliqué.

Enfin, nous souhaitons que le temps consacré à la prise en charge de la souffrance psychique soit davantage reconnu. Écouter, évaluer, accompagner, rassurer et orienter un patient en détresse demande du temps et de l'expertise. Cette réalité doit être prise en compte dans l'organisation future des soins.

La santé mentale constitue l'un des grands défis sanitaires et sociétaux de notre époque. Les médecins généralistes continueront à assumer pleinement leur mission de proximité auprès des citoyens. Cependant, pour répondre efficacement aux besoins de la population, ils doivent pouvoir s'appuyer sur un système plus lisible, plus accessible et mieux coordonné. Lorsqu'un patient souffre psychologiquement, la première porte qu'il pousse est le plus souvent celle de son médecin traitant, avant tout autre professionnel du soin ou de l'aide. Renforcer la santé mentale en Wallonie passe donc aussi par renforcer la première ligne de soins.

***Audition de Mme Mertens,
Présidente de l'Union professionnelle des
psychologues cliniciens francophones et
germanophones (UPPCF)***

M. le Président. – La parole à Mme Mertens.

Mme Nicole Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF). – Monsieur le Président, Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs les Députés, Mesdames et Messieurs, nous vous remercions pour cette audition consacrée à la santé mentale, qui constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, mais aussi de cohésion sociale.

Depuis l'intégration de la psychologie clinique dans la loi sur l'exercice des professions de soins de santé en 2015, notre profession s'est progressivement structurée. L'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones regroupe le plus grand nombre de psychologues cliniciens en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les psychologues wallons exercent dans des contextes très différents : en cabinet indépendant, en institution, à l'hôpital, en maison médicale, en service de santé mentale ; en première, deuxième et troisième ligne ; auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes, de personnes âgées et de familles. Notre intervention ne vise cependant pas à défendre une profession. Elle vise à partager nos constats de terrain et à formuler des propositions concrètes pour améliorer l'accès aux soins psychologiques, assurer la continuité des trajets de soins

et potentialiser les ressources déjà présentes sur le territoire.

La santé mentale des Wallonnes et des Wallons reste très préoccupante. Les demandes sont croissantes, les problèmes se complexifient et les professionnels sont souvent confrontés à des difficultés d'orientation, de relais et de coordination. La pénurie de psychiatres est l'illustration la plus visible de ces tensions, mais elle n'est pas la seule. Les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les services hospitaliers, les services de santé mentale et les dispositifs de première ligne rencontrent tous une même réalité : les besoins sont importants, les parcours sont fragmentés et les services d'aide ne sont pas toujours suffisamment articulés entre eux. Ce manque de coordination représente une perte de temps considérable pour tous :

- pour les citoyens qui doivent parfois frapper à plusieurs portes avant d'être orientés correctement ;
- pour les familles qui cherchent des solutions sans savoir vers qui se tourner ;
- pour les professionnels qui passent un temps important à chercher un collaborateur, à comprendre qui fait quoi ou à réorienter une personne arrivée au mauvais endroit.

Ce temps perdu a forcément un coût. Il revêt un coût humain, d'abord, parce que, pendant que l'on cherche la bonne porte, les situations peuvent s'aggraver. Il représente un coût pour l'entourage, ensuite, parce qu'un trouble psychique touche non seulement la personne concernée, mais encore les parents, les conjoints, les enfants, les collègues, les aidants proches et parfois tout un équilibre familial ou social. Le temps perdu implique un coût collectif, enfin, parce que les ruptures de parcours, les passages aux urgences, les incapacités de travail, les hospitalisations évitables ou les interventions tardives mobilisent des ressources financières importantes.

Nous souhaitons aujourd'hui attirer l'attention sur l'essentiel, à nos yeux : mieux organiser les ressources existantes en améliorant l'identification des acteurs, l'orientation des demandes, la coordination entre les services et la continuité des trajets de soins. Dans cette perspective, nous souhaitons formuler sept priorités.

La première est de rendre l'offre des soins de santé mentale réellement lisible. Il existe déjà des initiatives importantes, notamment la plateforme de l'AViQ « Trouver du soutien » qui constitue une porte d'entrée utile pour les citoyens et les professionnels. Nous souhaitons toutefois souligner qu'un outil de référencement ne peut pleinement jouer son rôle que s'il donne une vision suffisamment complète de l'offre disponible sur un territoire. Certains dispositifs sont davantage connus, comme ceux financés ou reconnus par l'AViQ, ou les psychologues conventionnés en première ligne. D'autres fonctions psychologiques ne sont pas du tout identifiées. C'est notamment le cas des

psychologues exerçant à l'hôpital, dans certaines institutions ou associations, ou encore des psychologues indépendants non conventionnés.

Les psychologues non conventionnés n'ont pas choisi d'être non conventionnés. Il n'y a tout simplement pas de convention psychologique pour les problèmes sévères, chroniques, complexes ou rares, sauf dans certains hôpitaux et pour certaines pathologies. Le patient ne peut donc compter que sur un remboursement partiel par sa mutuelle. De plus, le système en tiers payant ne lui permet pas de connaître le prix exact d'une consultation en psychologie clinique. Ces praticiens sont donc peu intégrés dans les réseaux de soins, alors qu'ils participent pleinement et en nombre à l'accompagnement de la population.

Cette cartographie incomplète crée un problème de pilotage. On risque de conclure trop rapidement à une absence de ressources ou à une saturation totale, alors que cette offre supplémentaire existe. Elle existe, mais elle reste insuffisamment reconnue, insérée et mobilisée dans les trajets de soins. Nous plaillons donc pour une cartographie réellement complète, actualisée et territorialisée de l'offre en santé mentale. Il ne s'agit pas nécessairement de créer un nouvel outil, mais de faire évoluer les moyens existants pour qu'ils intègrent l'ensemble des ressources pertinentes : dispositifs publics associatifs, hospitaliers, conventionnés et non conventionnés.

La deuxième priorité est d'améliorer l'orientation des demandes. Beaucoup de personnes ne savent pas vers qui se tourner. Elles ne savent pas toujours si leur situation relève d'un psychologue, d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, d'un service de santé mentale, d'un service social, d'un dispositif de crise ou d'une prise en charge spécialisée. Cette difficulté d'orientation entraîne des pertes de temps, des ruptures de parcours, des passages inutiles par certains services et parfois une aggravation des problématiques. L'objectif n'est donc pas uniquement d'augmenter l'offre. Il est de mieux orienter les personnes vers le bon niveau de traitement au bon moment. Nous proposons de renforcer les dispositifs de tri et d'orientation, notamment en intégrant davantage l'expertise psychologique dans les plateformes existantes, comme le 1733, mais aussi dans les réseaux territoriaux et les lieux de première demande. Les médecins généralistes jouent ici un rôle central. Ils sont souvent les premiers témoins de la souffrance psychique. Ils évaluent, rassurent, prescrivent, prolongent des incapacités de travail, accompagnent les familles et cherchent des relais pour un trajet de soins. Toutefois, ils ne peuvent pas porter seuls la fonction d'orientation en santé mentale. Une politique efficace doit donc leur offrir des référents clairs, identifiables et mobilisables, ainsi que des possibilités de concertation avec les psychologues, les psychiatres, les services sociaux et les services spécialisés.

La troisième priorité est de mieux articuler les niveaux de soins. La première ligne psychologique a permis des avancées importantes. Elle a amélioré l'accès aux interventions psychologiques pour une petite partie de la population, notamment pour des publics qui n'auraient pas toujours pu consulter autrement. Elle permet d'intervenir plus tôt et d'éviter que certaines difficultés ne s'aggravent. Néanmoins, la première ligne ne peut pas répondre à toutes les situations. Certaines personnes ont besoin d'un accompagnement bref et précoce. D'autres présentent des troubles chroniques sévères, traumatiques, complexes, avec une comorbidité importante ou des maladies somatiques, ou encore liées à des difficultés sociales importantes. Ces situations nécessitent parfois des suivis spécialisés plus longs, plus intensifs et mieux coordonnés. Il ne s'agit donc pas d'opposer la première ligne à la deuxième ligne. L'enjeu est d'organiser une continuité entre elles. Une première ligne efficace doit pouvoir s'appuyer sur une deuxième ligne clairement identifiée, et une deuxième ligne accessible doit permettre d'éviter que les troubles complexes restent sans solution ou ne basculent par défaut vers les urgences. Nous plaçons donc pour une meilleure articulation entre les psychologues de première ligne, les psychologues spécialisés, les médecins généralistes, les psychiatres, les hôpitaux, les équipes mobiles, les services de santé mentale, les services sociaux et les ressources associatives. L'objectif est de permettre une gradation des réponses, c'est-à-dire la prise en charge indiquée et adaptée au patient par le psychologue compétent, au bon moment et au bon endroit.

La quatrième priorité est de mieux intégrer l'hôpital dans les parcours de santé mentale. L'hôpital est souvent perçu comme le lieu de la crise, de l'urgence ou de la longue hospitalisation. Pourtant, les psychologues hospitaliers interviennent dans de nombreuses disciplines : psychiatrie, pédiatrie, oncologie, gériatrie, neurologie, soins intensifs, périnatalité, urgences, clinique de la douleur chronique, clinique de médecine génétique, consultation pluridisciplinaire pour l'obésité ou pour les troubles inexplicables, et cetera.

Dans la pyramide des services de santé mentale de l'OMS, les services hospitaliers généraux et de psychiatrie sont au même niveau que les services de santé mentale communautaires et les centres hospitaliers de jour. Les services hospitaliers qui comprennent un psychologue assurent des missions de prévention, de psychodiagnostic, de préadmission, d'évaluation, de soutien des patients, d'accompagnement des familles, de soutien aux équipes, de préparation aux hospitalisations, de traitement et de suivi ambulatoire. Ces activités sont de la première ou de la deuxième ligne.

La réforme du paysage hospitalier peut être une opportunité pour renforcer les liens entre l'hôpital et l'ambulatoire en organisant les activités psychologiques et en facilitant leur articulation avec les réseaux de soins via les centres hospitaliers de jour et les hôpitaux de

soins intégrés. Cette articulation est particulièrement importante lors des sorties d'hospitalisation, pour les problématiques complexes ou pour des prises en charge nécessitant une coordination bio psychosociale.

Elle le sera d'autant plus dans les années à venir avec le vieillissement de la population. L'avancée en âge s'accompagne très fréquemment de maladies chroniques, de perte d'autonomie, de deuil, d'isolement et de troubles cognitifs qui favorise l'épuisement des aidants. Une politique de santé mentale doit donc aussi anticiper ses besoins en articulant mieux les soins psychologiques avec les soins somatiques, le soutien aux aidants et les services de proximité.

La cinquième priorité est de reconnaître la coordination comme une condition de qualité et d'efficacité. En santé mentale, la qualité d'une prise en charge ne dépend pas uniquement de la consultation individuelle, elle dépend aussi de ce qui permet à cette consultation de s'inscrire dans un parcours cohérent : les échanges entre professionnels, les concertations, les supervisions, les formations et la connaissance mutuelle des acteurs. Aujourd'hui, beaucoup de professionnels travaillent avec sérieux, mais dans des cadres encore trop cloisonnés. Les temps de communication sont difficiles à organiser, les informations utiles et nécessaires circulent mal. Il ne s'agit donc pas de multiplier les outils de communication, mais de partager des informations utiles et nécessaires en accord avec notre Code de déontologie.

La sixième priorité est de replacer les déterminants sociaux au cœur de la santé mentale. On ne peut pas penser la santé mentale indépendamment des conditions de vie. Il est difficile d'aller bien psychologiquement lorsque l'on n'a pas de logement stable, lorsqu'on vit dans une précarité persistante, lorsqu'on est isolé, exposé à des violences, sans emploi, en situation d'insécurité financière ou confronté à des conditions de travail qui épuisent durablement.

Les difficultés psychologiques ne se résolvent pas uniquement par des entretiens. Une politique de santé mentale doit s'articuler avec les politiques de logement, d'emploi, d'enseignement, de lutte contre la pauvreté, de prévention des violences, d'aide à la jeunesse et au vieillissement, d'encadrement du handicap et de cohésion sociale. Ici aussi, il est possible de mieux articuler les politiques existantes pour renforcer les liens sociaux.

La septième priorité est de mieux prendre en compte l'entourage. Un problème de santé mentale touche une personne isolée et affecte tout un système : les parents qui s'inquiètent, les conjoints qui s'épuisent, les enfants qui s'adaptent, les proches qui compensent, les collègues qui absorbent parfois une partie des difficultés et les aidants qui cherchent des solutions. Dans de nombreuses situations, l'entourage devient un acteur essentiel du maintien à domicile, de l'accès aux soins,

de la prévention des rechutes ou de la continuité du parcours.

Cependant, cet entourage peut aussi se fatiguer, culpabiliser, se sentir impuissant ou insuffisamment soutenu. Mieux orienter et mieux coordonner les soins, c'est aussi soulager les proches. C'est éviter que les familles ne deviennent le dernier filet de sécurité, lorsque les services d'aide ne se parlent pas ou que les personnes relais sont introuvables. Renforcer la santé mentale, ce n'est pas seulement accompagner une personne, c'est soutenir un équilibre familial, social et parfois professionnel plus large.

Monsieur le Président, Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs les Députés, Mesdames et Messieurs, nous sommes conscients que la santé mentale relève de compétences partagées entre plusieurs niveaux de pouvoir. Toutefois, cette complexité institutionnelle ne peut pas devenir un frein à l'action. La Wallonie est organisée en territoires qui offrent des réseaux et des services de santé mentale, d'action sociale, des projets de prévention et d'encadrement, des aides au logement et à l'emploi.

Les compétences de la Région et des Communautés méritent une stratégie wallonne claire et coordonnée. Cette stratégie pourrait partir d'une idée simple : avant de créer davantage, commençons par mieux voir ce qui existe, mieux orienter les demandes et mieux faire collaborer les acteurs.

L'objectif n'est pas de construire un système complexe, il est de le rendre plus lisible, plus accessible et plus cohérent. Une personne en souffrance ne devrait pas devoir frapper à 10 portes avant de trouver la bonne. Un médecin généraliste ne devrait pas devoir chercher seul un référent pendant des semaines. Un psychologue ne devrait pas être isolé face à une situation complexe. Un hôpital ne devrait pas devenir le lieu de recours par défaut, faute d'alternative lisible. Une famille ne devrait pas devoir porter seule les conséquences d'un parcours de soins fragmenté. Les décideurs publics ne devraient pas devoir piloter la santé mentale à partir d'une vision partielle de l'offre réelle.

*Audition de M. Adam,
Responsable de l'Unité psychologique de la
sénescence de l'Université de Liège (ULiège)*

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

M. Stéphane Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège (ULiège). – Je vais aller assez vite, le temps étant compté. Tant de choses à dire et si peu de temps, soit 20 minutes. Je vous préviens que je suis un psychologue timide. Je le dis, c'est déjà une façon de le gérer. La façon de gérer cette timidité, c'est souvent de me mettre dans une bulle, comme devant un verre de bière

liégeoise avec un ami. Cela donne un ton pas toujours très académique. J'ai la blague débile, je m'en excuse. C'est pour me sentir à l'aise avec moi-même. Je le dis surtout parce que le message est important. Je suis assez sensible à ce qui a été dit avant. J'espère que cette blague débile ne va pas dénaturer le message.

Tout est en wallon, mais vous le maîtrisez. Je vais commencer par un petit examen. J'avais déjà fait cela il y a cinq ou six ans, je ne sais plus. Je vous invite à répondre très rapidement à ces quelques questions. Il y en a quatre.

Premièrement, parmi toutes les personnes qui ont plus de 65 ans, quel est le pourcentage de ces personnes qui souffrent de dépression ? Je vous invite à noter, avec les quelques neurones encore actifs en cette matinée d'été, la réponse à cette question.

Deuxièmement, parmi toutes les personnes de plus de 65 ans, quel est le pourcentage qui déclarent se sentir souvent seul ?

Troisième question de psychologue à deux balles : je vous invite à vous concentrer sur les hommes entre 80 et 102 ans. Parmi les hommes entre 80 et 102 ans, quel est le pourcentage de ces personnes qui déclarent avoir eu un rapport sexuel pénétratif au moins une fois durant les 12 derniers mois ?

Là, il y en a qui se disent : « Il ne fallait pas l'inviter celui-là, il est bizarre ». Je ne veux pas savoir ce que vous avez comme image en tête, mais nous verrons des vidéos ; non, je rigole.

La quatrième question est identique, mais porte sur les femmes. Elle concerne donc les femmes entre 80 et 102 ans qui déclarent avoir eu un rapport sexuel pénétratif au moins une fois durant les 12 derniers mois. Je vous sens inspirés, et d'autres expirent.

Je vais commencer par une petite mise en contexte générale, puisque je vais beaucoup parler de mon domaine d'intérêt, à savoir le vieillissement. Il faut savoir que des études largement publiées depuis les années 1970 et 1980 disent ceci : lorsqu'on est face à une personne d'un autre groupe que le sien, on va systématiquement classer celle-ci sur deux axes – c'est instinctif et direct. Le premier axe, c'est celui de la compétence. On va juger instinctivement, spontanément cette personne sur cet axe : la personne est faiblement ou fortement compétente. Le deuxième axe, c'est celui de la chaleur, de la gentillesse : la personne est froide, chaleureuse ; ou gentille, pas gentille. Cela veut dire qu'il y a quatre grandes catégories de personnes d'un autre groupe que le sien : les « froids incompétents », les « froids compétents », les « chaleureux incompétents » et les « chaleureux compétents ».

Pour vous montrer que c'est hyper spontané, je vous invite à vous concentrer et à qualifier directement les Flamands...

(Réactions dans l'assemblée)

Froids et compétents. Qu'en est-il des Wallons, dont nous sommes les dignes représentants ?

(Réactions dans l'assemblée)

Ce sont des *binamés* gentils, mais... Vous avez ici résumé le problème politique belge. Il faut savoir que quand on fait l'exercice à l'international, que ce soit en Asie, au Japon, en Belgique, en France ou aux États-Unis, les vieux, ils sont comme les Wallons, c'est-à-dire des *binamés* gentils, mais pas très compétents. Ils coûtent de l'argent. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'une fois que l'on a placé des personnes sur l'un de ces carcans, on est en mesure de prédire les émotions et les comportements que, spontanément, nous allons être enclins à avoir par rapport à ces personnes : compassion, admiration, envie, mépris ; négliger, aider, s'associer, attaquer. Les vieux, ils sont au-dessus, avec pour émotion associée la compassion, limite de la pitié – « oh, le petit chat ». Les comportements sont de deux types : soit on va les négliger, soit on va les nier. Ces personnes n'existent pas. C'est l'invisibilisation du vieillissement. Dans le domaine de la santé mentale ou dans le domaine médical de façon générale, c'est criant – je vais revenir là-dessus. Ce sont donc des non-citoyens ; ils n'existent pas. L'autre attitude, c'est : « Viens là mon petit chat, je vais t'aider », et l'on va avoir des attitudes paternalistes, condescendantes, limite infantilissantes ; bienveillantes, mais avec toute une série de conséquences très négatives – là, ils existent, mais ce sont des sous-citoyens.

Nous sommes donc dans une société âgiste, avec toute une série d'idées reçues que nous avons sur le vieillissement. Quand on demande spontanément les cinq premiers mots qui viennent à l'esprit quand on pense à une personne âgée, on obtient des nuages de mots extrêmement négatifs. Si l'on fait le même exercice chez les jeunes, on a beaucoup plus de mots colorés en vert – donc, positifs. Il faut savoir que c'est dans le domaine des soins que la vision du vieillissement est la plus négative. De nombreuses études, dont celle que nous avons ici, ont été menées. Il s'agit en l'occurrence d'infirmiers et d'infirmières du service d'oncologie au CHU de Liège. Plus négatif que cela, tu meurs – rien à voir avec le cancer ; « tu meurs » en deux mots. On retrouve ainsi dans le nuage de mots : perte d'autonomie, fragilité, incontinence. Cela s'explique par le fait que la majorité des gens âgés que ces professionnels vont voir, leur quotidien, sont des gens rencontrés dans leur pratique professionnelle ; donc ils vont généraliser à toute la population âgée ce qu'ils constatent au niveau isolé. Cela s'explique, mais quelle attitude spontanée avons-nous face à une personne dont l'image que l'on a, dans les tripes, c'est celle-là ? Soit on détourne le regard, soit on adopte l'attitude « viens là mon petit chat, je vais t'aider et t'accompagner ».

Je vous invite à repenser les réponses que vous avez données à votre petit examen – là, je vous sens un petit peu nerveux. On va confronter vos réponses à la population en général – 3 600 personnes –, puis avec les différents corps de métier associés aux soins. L'abréviation FIH reprise dans la diapositive représente 1 410 membres du personnel de 32 maisons de repos en Belgique francophone. Les faits, dans le graphique, sont repris en vert.

Concernant la dépression, la population en général pense que 30 % des plus de 65 ans seraient dépressifs. Les soignants ont une estimation pire. Les faits ? Ce pourcentage s'élève à 11 %. Qui a dit 11 % ou moins de 11 % dans la salle – Mathilde, quand même ; tu as déjà passé l'examen, non ? Un pelé, zéro tondu. Vous avez donc une vision plus négative du vieillissement que ce qu'elle est. Il faut savoir qu'il y a deux fois plus de dépression chez les jeunes qu'il n'y en a chez les personnes âgées. Quand on prend la courbe du bonheur, on constate que c'est en fait un smiley – vous remarquerez d'ailleurs que cela sent particulièrement la dépression dans cette salle ; et vivement dans 30 ou 40 ans que l'on se revoit ici un peu plus souriants et heureux. C'est un grand paradoxe que le bonheur augmente avec l'âge. Une étude récente de la fondation Roi Baudouin publiée il y a un ou deux mois confirmait encore ce résultat qui étonne tout le monde.

La raison est que les vieux voient le verre à moitié plein, alors que les jeunes le voient à moitié vide. Un vieux vit dans l'instant et voit le positif là où il est. C'est ce qui explique leur résilience et leur capacité à faire face émotionnellement. Soulignons que, 11 % de vieux dépressifs, c'est beaucoup de gens parce que la population est très âgée. C'est d'ailleurs un problème très évoqué dans les médias et au niveau politique.

Venons-en à la solitude : 50 % des personnes âgées seraient seules selon la population générale. Les soignants font pire puisque, selon l'enquête de la fondation Roi Baudouin, 9 % se déclarent souvent seuls. Qui a dit : « Moins de 9 % » dans la salle ? Mathilde, enfin !

(Réaction de Mme Vandorpe)

À nouveau, il y a deux fois plus de sentiment de solitude chez les jeunes que chez les personnes âgées. On parle beaucoup de solitude chez les personnes âgées parce qu'elles sont isolées socialement. Toutefois, le fait d'être isolé socialement ne signifie pas pour autant que l'on se sent seul. Les études montrent que, avec l'âge, la taille du réseau social diminue, mais la force du lien social augmente. Ce qui compte, ce n'est pas la quantité des relations, mais la qualité.

Je suis mentaliste psychologue et je peux dire que 72 % des personnes se fichent de ce que je suis en train de raconter. Ce qui vous tracasse, c'est ce qu'il en est du rapport sexuel pénétratif au moins une fois...

(Réactions dans l'assemblée)

Vous voyez que je suis mentaliste.

Il s'agit de 63 % des hommes et 30 % des femmes. Je vois des pupilles dilatées à gauche. Qui a dit : « Plus de 30 % ? » Monsieur, nous apprenons à nous connaître.

(Réactions dans l'assemblée)

Cela montre à nouveau que la sexualité des personnes âgées est niée, ce qui influence la prescription et les attitudes de soins en la matière. Dès l'âge de 55 ans, on propose moins de reconstruction mammaire à une patiente qui vient d'avoir une ablation du sein après un cancer du sein.

Je vais essayer de vous montrer les diverses conséquences de cela. Il faut savoir que l'on devient ce que l'on croit. Le résultat de votre examen me permet de prédire mieux que Mme Soleil votre évolution de santé physique et mentale dans les 30 à 40 ans qui suivent. Là, on fait moins les malins.

Ce sont des études longitudinales dans lesquelles, plusieurs années avant, on mesure la vision du vieillissement, comme le petit examen que vous avez passé, et, plusieurs années plus tard, on voit ce que les personnes sont devenues. Il en ressort que les personnes ayant une vision négative du vieillissement ont une mémoire qui décline plus vite en vieillissant que celles qui en avaient une vision plus positive. D'autres études ont montré que le risque de dépression et d'anxiété est également prédit plusieurs années avant par la vision que les personnes ont de leur vieillissement.

Sur cette diapositive, on voit que le risque cardiaque est doublé. On passe de 13 % de risque cardiaque chez les personnes avec une vision moins négative du vieillissement à 25 % chez les personnes qui en avaient une vision plus négative. C'est une étude sur 39 ans.

La probabilité de survie est également prédite par la vision ; il s'agit d'une étude sur 23 ans. On gagne sept ans et demi. Ceux qui ont levé la main tout à l'heure – c'est-à-dire un pelé et deux tondus – ont 7,5 années de vie supplémentaires que ceux qui n'ont pas levé la main. On reste donc en contact.

(Rires)

C'est une étude que l'on a publiée sur des personnes âgées qui ont été diagnostiquées d'un cancer. Dans la semaine qui suit le diagnostic, on a mesuré la vision qu'elles ont du vieillissement. On a suivi ces personnes pendant six ans. Celles qui, au moment du diagnostic, avaient une vision négative à cancer et niveau de pathologie égaux et tous paramètres égalisés autant que faire se peut ont un risque de mortalité beaucoup plus important que les autres.

Comment expliquer cela ? C'est le résultat de cette étude sur 50 ans. Cinquante ans plus tard, on a mesuré la propension que l'on a à se mettre en adéquation avec des conduites de santé dites positives : fumer peu ou pas, boire peu ou pas d'alcool et, si oui, uniquement de la bière liégeoise, attacher sa ceinture au volant, et cetera. Résultat : ceux qui avaient une vision plus négative du vieillissement se déclarent beaucoup moins enclins, 50 ans plus tard, à se mettre en adéquation avec des conduites de santé dites positives. Dieu sait que l'on véhicule des messages de prévention continue en la matière pour que les gens vieillissent « bien ».

Un mot sur la prévention. « Prévention ? Oui ! Mais... » est une étude dans laquelle on a fait marcher des personnes âgées. On place des capteurs sur leur corps et on leur fait passer un test de marche classique : marcher cinq mètres aller-retour, se lever d'une chaise, surmonter un obstacle et tenir en équilibre sur un pied. Tout se passe de la même façon. La seule chose qui change, c'est ce qui se passe dans la salle d'attente. Pour la moitié des participants, il y a plein d'affiches de sensibilisation dans tous les bureaux médicaux : « À 60 ans, même sans Chimay bleue, tu peux avoir des problèmes d'équilibre » ou « Comment aménager sa maison pour éviter la chute ». Pour l'autre moitié, il n'y a rien de préventif, mais uniquement des magazines passionnants. Résultat : les gens marchent légèrement moins bien après leur sortie de la salle d'attente médicalisée et se sentent surtout plus vieux après le test de marche.

Il faut savoir que l'âge que l'on ressent est un des grands prédicteurs, comme la vision que l'on a du vieillissement. Si vous vous sentez plus vieux que l'âge que vous avez, vous avez plus de risques de développer la maladie d'Alzheimer dans les années qui suivent ou de décéder plus tôt. Là, je sens que vous vous sentez vachement jeune tout d'un coup. Je parle de cela pour montrer que l'âge ressenti est un facteur englobant : on appelle cela les facteurs biopsychosociaux qui sont extrêmement prédictifs de votre santé, et l'on voit que la dimension de la santé mentale est majeure.

Se sentir utile est aussi un facteur de santé. Le volontariat est un élément déterminant, particulièrement criant. Les personnes âgées qui sont aidantes – en effet, une grosse partie des aidants sont des personnes plus âgées – ou le fait de s'occuper de ses enfants, de ses petits-enfants, sont des éléments qui cultivent un sentiment d'utilité. Et quand une personne âgée se sent utile, elle vit plus longtemps. C'est un moteur de longévité.

Pourtant, on n'arrête pas de parler du coût du vieillissement, mais on entend rarement parler, comme dans cette étude de 2020, de bénéfices économiques. En effet, 7 à 8 % du PIB d'un pays est lié à l'activité des seniors, que ce soit justement le bénévolat, les aidants proches ou s'occuper des petits-enfants. Cela peut également être dû au fait que les personnes âgées

continuent à être entrepreneuses et actives économiquement. Ce sont des leviers d'action parce que l'on en parle peu : dans les médias ou dans le langage politique, on parle du coût, mais on ne parle pas du bénéfice. Je n'entends jamais parler du bénéfice et de ce type de chiffre.

En conséquence, se préoccuper de la santé mentale des seniors revient à soigner, et c'est un élément déterminant. On néglige cette dimension. On a d'abord envie d'attaquer la santé physique et, en second plan, on considère la santé mentale, alors que c'est l'inverse qui doit pouvoir être fait.

Un petit mot sur les aidants proches. Tout d'abord, je suis sensible à des choses qui ont été dites avant, avec une considération de santé mentale qui est trop peu prise en considération.

D'après une étude d'il y a déjà 20 ans :

- six séances de soutien de 1 heure 30 à un aidant proche, c'est un an de vie en plus à la maison pour l'aider – on parle ici des pathologies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ;
- six séances de soutien psychologique individuel, c'est 600 euros de coût qui est essentiellement à la charge de l'aidant. C'est un coût qui crée un frein à accéder à ce type de prestation ;
- un an de vie de plus à la maison, c'est 24 000 euros d'économie pour la sécurité sociale.

Il est donc étonnant que ces consultations soient déjà préconisées dans deux rapports du KCE de 2009-2011 et avec souvent le médicament qui est fustigé et dont l'efficacité est très discutée au point que beaucoup de pays ne le remboursent plus. Pourtant, en Belgique, il est encore remboursé. Dès lors, on rembourse un médicament qui coûte – pas très cher, mais qui coûte – sans que cela montre une efficacité relative, entre autres, d'espérance de vie à la maison.

Les prestations psychologiques donnent un bénéfice énorme par rapport aux coûts. En France, ils ont développé des plateformes de répit qui sont des structures de coordination, d'actes d'accompagnement pour les aidants proches dans le domaine du vieillissement, mais aussi dans le secteur du handicap. Ces plateformes sont gratuites pour les personnes parce qu'ils ont estimé que le bénéfice était bien plus important que le coût engendré. Il y a là quelque chose qui me semble être un levier d'action important.

Les soignants démontrent une invisibilisation du vieillissement. Je vous ai montré que la vision du vieillissement des soignants est du type « plus négative que ça, tu meurs ». Vous savez que plus on est âgé, plus on risque d'avoir des problèmes de santé. La ligne rouge, c'est le pourcentage de population qui a plus de 65 ans : 21 %. Quand on observe la démence et la maladie d'Alzheimer, 95 % des personnes concernées

ont plus de 65 ans. Au niveau des chutes, par exemple, 88 % des personnes concernées sont des personnes de plus de 65 ans.

Bon an, mal an, c'est clair : plus on est âgé, plus on risque d'avoir des problèmes de santé, même le diabète. C'est normal. Cela veut dire que, pour les médecins, il y a une très grande représentation dans leur consultation – à part si vous êtes pédiatre – de personnes âgées. Ainsi :

- si vous êtes médecin généraliste, 38 % de vos consultations concernent des personnes de plus de 65 ans ;
- si vous êtes gériatre, c'est 100 % ;
- si vous faites des soins infirmiers à domicile, c'est 90 % des personnes qui sont des personnes âgées ;
- en oncologie, c'est 60 %.

Pourtant, dans la formation de médecine générale, soit sur six années d'étude et 360 crédits, trois crédits portent sur le vieillissement. Il y a donc moins de 1 % de cours sur la personne âgée alors que cela représente 38 % des consultations – et encore, c'est une sous-estimation parfois des chiffres évoqués.

Il y a donc une surreprésentation de consultations de personnes âgées et une absence criante de formation du corps médical par rapport à ce public cible. C'est vrai pour les infirmiers et infirmières, c'est vrai pour tous les corps de métiers paramédicaux et médicaux. C'est une étude qui montre que la formation, en moyenne, comporte 4 % de contenu de cours sur le vieillissement. Si vous êtes dans l'accompagnement à domicile, vous avez plus de cours sur l'enfant et l'adolescent, qui représentent 4 % de votre public cible, que sur les personnes âgées, qui représentent 90 % de votre public cible.

Quand on fait des études scientifiques ou des essais cliniques dans le domaine du cancer, 68 % des essais cliniques portent sur des gens qui ont entre 30 et 64 ans et 8 % des personnes de 75 ans et plus. Il y a un paradoxe : la majorité des gens concernés par un cancer sont des personnes âgées tandis que la minorité des études scientifiques ou des tests de médicaments portent sur cette population.

Quand on teste des antidépresseurs anxiolytiques, les publics seniors sont invisibilisés. En général, on les teste sur des gens entre 18 et 60 ans. On administre ainsi à des personnes âgées des traitements qui n'ont jamais – ou peu – été testés chez elles. Ce constat est vrai dans de nombreux secteurs.

La vision du vieillissement des soignants prédit leur attitude de soins. Ici, il s'agit d'une étude que nous avons publiée, où l'on demandait à des infirmiers et à des infirmières en oncologie de dire s'ils allaient encourager une reconstruction mammaire ou la chimiothérapie à une patiente qui a un cancer du sein. Globalement, les seules choses qui changeaient dans les

trois dossiers auxquels ces professionnels étaient confrontés étaient l'âge de la patiente – 35, 55 ou 75 ans. Encourager, c'est en parler, c'est proposer. Si je ne propose pas, la personne n'a aucune possibilité de disposer. On a ainsi montré que, dès l'âge de 55 ans, la chimiothérapie est statistiquement déjà moins encouragée et c'est encore pire pour la reconstruction mammaire. On a aussi montré que le petit examen que l'on a fait passer aux professionnels avant l'enquête était prédictif : ceux qui avaient une vision négative du vieillissement étaient déjà beaucoup moins enclins à encourager, à proposer.

Autre étude, toujours en oncologie, dans le cadre d'une thèse dans ce domaine. On demande à des médecins d'expliquer l'hormonothérapie pour une patiente qui a un cancer du sein. De nouveau, même dossier médical, situations cliniques égales, ils doivent enregistrer un message. La seule chose qui change est l'âge : 40 ans dans un cas, 70 ans dans l'autre cas. On montre que le médecin fait des phrases plus courtes quand il parle à la personne âgée, qu'il parle plus lentement et qu'il a plus tendance à répéter plusieurs fois la même information. C'est bienveillant. Avec l'âge, on a les idées embrouillées, on ne comprend pas toujours bien. C'est bienveillant. Sauf que l'on a aussi écouté les enregistrements, ce que le médecin dit. À 40 ans, il va dire : « Vous aurez des douleurs aux articulations. Revenez nous voir, on pourra vous aider » ; à 70 ans, il dira : « Vous avez déjà un peu mal aux articulations, cela ne sera pas bien pire, ne vous tracassez pas ». Cela veut dire que l'on ne propose pas d'antidouleur de première intention. De la même manière, à 40 ans, on dira : « Sécheresse vaginale, perte de la libido. Revenez nous voir, on peut vous aider » ; à 70 ans, on n'en parle pas. Comme on n'en parle pas, on ne propose rien. Ce n'est pourtant pas au médecin de considérer qu'à 70 ans, une patiente n'est plus concernée par la sexualité. Il doit en parler normalement et c'est peut-être elle qui dira : « Vous savez, cela ne me concerne plus ».

On voit qu'il y a le sous-traitement de certains symptômes par la vision que le médecin ou le professionnel peut avoir du traitement, mais il y a aussi le surtraitement – anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères – et des traitements qui n'ont pas été testés chez ces populations. Vous avez ici la prescription d'anxiolytiques aux États-Unis qui augmente avec l'âge, encore plus si vous êtes une femme. Sexisme, âgisme du soignant. C'est inconscient, il ne s'en rend pas compte.

Quels sont les effets secondaires de ces traitements ? Le principal, c'est la chute. La première chose, quand une personne âgée chute, est de regarder ces traitements en général pour voir ce que l'on va lever comme traitement, éventuellement, pour limiter ce risque. Ce sont aussi les études qui vont montrer que ces risques de décès sont beaucoup plus importants, un risque de maladie d'Alzheimer beaucoup plus important. Les coûts liés à la chute sont estimés à 19 milliards de

dollars par année aux États-Unis. Ils reprennent l'hospitalisation, les urgences et les soins ambulatoires que la personne va recevoir par la suite.

Les médecins pensent que les personnes âgées sont tristes. Ils prescrivent un médicament qui coûte à la Sécurité sociale, dont les effets secondaires génèrent des coûts supplémentaires. Bien sûr, on peut administrer des antidépresseurs, mais en deuxième intention. La première intention est une approche non médicamenteuse de la santé mentale.

Un seul type d'accident, qui est largement évitable, pèse 1,4 % de toutes les dépenses de santé aux États-Unis, 6 % de celles qui sont consacrées spécifiquement au public des seniors, les maisons de repos, où il y a une gestion paradoxalement trop médicale de la santé mentale ; on l'évoquait précédemment.

Je rappelle un rapport, que l'on avait fait suite à la crise covid, sur l'axe psychosocial, qui était de tirer les enseignements de la crise covid dans les maisons de repos. C'est un rapport de 150 pages dans lequel on a également une autre mission : bien vieillir en Wallonie. On y montre que la moitié des personnes vivant en maison de repos sont dépressives : 61 % des personnes âgées vivant en maison de repos connaissent un sentiment de solitude modérée, 35 % un sentiment de solitude sévère. C'est un contexte où la santé mentale est un enjeu majeur. Pourtant, il n'y a aucune obligation d'avoir un psychologue dans ces structures, et la manière d'y gérer la santé mentale est médicamenteuse.

Je prends ici des coupures de presse : *La Libre Belgique* en 2013, *Le Vif* en 2014, la RTBF en 2018, et c'est encore vrai maintenant. Il y a donc un enjeu majeur : il faut plus de professionnels de santé mentale. Je ne suis pas un militant des psychologues, mais quand il y a un endroit où il y a une nécessité et un besoin, il faut pouvoir y répondre. Le constat est que l'on est loin de cela.

« Où est le but dans tout cela ? », comme dirait Lukaku lors du match contre les États-Unis. Si vous préférez rester en wallon : « *Et qwè avou tout stila !* », comme dirait Bob Deschamps.

Je reviens sur une étude qui a été relayée, entre autres, sur le site de l'ONU et qui a estimé les coûts. La vision du vieillissement génère des coûts, puisque c'est un précipitant d'une santé négative. La vision du vieillissement des soignants génère des coûts, puisque cela influence leur attitude de soins : 63 milliards de dollars, c'est le coût annuel lié à l'âgisme, soit sur impact direct du patient, soit sur impact indirect via le soignant. On montre que, pour 7 dollars dépensés pour la personne âgée, 1 dollar est lié à l'âgisme. Le surcoût lié à l'âgisme représente 15,4 % des coûts totaux pour le vieillissement.

Considérer de manière plus prioritaire la santé mentale des seniors – même si elle est bonne de façon

générale –, prioriser un lever de vigilance sur ces éléments, lutter contre l'âgisme et former les professionnels du secteur, c'est soigner les personnes âgées. Ce n'est plus seulement un enjeu de santé publique, c'est aussi un enjeu économique.

Je termine sur quatre leviers d'action.

Premièrement, éduquer et former les acteurs du secteur. C'est majeur et important.

Deuxièmement, favoriser une image plus réaliste du vieillissement. Il ne faut pas être dans un angélisme du genre « vieillir, c'est gai », mais il ne faut pas non plus être dans une forme de négativisme où l'on entend tout le temps parler du coût lié aux retraites, et cetera, « Tous ces vieux à la retraite, si peu de jeunes à l'emploi ». Il faut aussi favoriser et véhiculer les éléments positifs y liés.

Troisièmement, transformer les maisons de repos et de soins : c'est un enjeu majeur, cela participe à une vision négative du vieillissement. On a fait une étude où l'on a montré que la distance entre une maison de repos et un cimetière est beaucoup plus courte qu'entre le cimetière et une structure pour personnes en situation de handicap. Quand on a un cimetière et un terrain, on dit que l'on va y mettre une maison de repos ; et souvent vous avez un funérarium à côté. Cela ne participe pas à une image positive du secteur et, surtout, il y a une hypermédicalisation. Je ne dis pas qu'il ne faut pas soigner les personnes, mais peut-être rendre ce soin moins visible. Il y a une transformation réelle du secteur, c'est le message véhiculé dans le rapport.

Quatrièmement, travailler sur les autoperceptions. Changer l'image même des personnes par rapport à leur vieillissement passe aussi par une valorisation de leur apport. Encourager le bénévolat, valoriser et soutenir leur rôle d'aidant. C'est comme pour les étudiants : on favorise les retraités à avoir une activité. Ce sont des éléments qui participeraient à changer les choses. Contrairement à l'âge, l'âgisme se soigne.

M. le Président. – Mme Duchêne n'étant disponible que jusque midi, je vous demanderai de cibler, dans un premier temps, les questions qui lui seront adressées.

(Réactions dans l'assemblée)

La séance est suspendue.

- La séance est suspendue à 10 heures 43 minutes.

REPRISE DE LA SÉANCE

- La séance est reprise à 10 heures 52 minutes.

M. le Président. – La séance est reprise.

AUDITIONS

(Suite)

La santé mentale

(Suite)

Échange de vues

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

Mme Sabine Roberty (PS). – Un énorme merci aux intervenantes et intervenants pour vos éclairages ainsi que pour les paroles fortes que vous avez partagées avec nous. Nous serons très attentifs à relire le compte rendu parce que vous nous avez donné beaucoup de pistes, avec parfois beaucoup de désespoir.

Je voudrais excuser ma collègue, Valérie Dejardin. Elle est retenue, non pas parce qu'elle subit des inondations, mais parce qu'elle doit préparer la journée de demain, sa commune de Limbourg ayant été particulièrement touchée il y a cinq ans. Elle vous présente ses plus humbles excuses.

Je suis sûre que je ne suis pas la seule à partager ce sentiment, j'aurais voulu passer des heures à vous écouter tellement on a des choses à apprendre. Ce sont vos retours de terrain qui nous nourrissent et qui vont nourrir, j'imagine, M. le Ministre dans sa stratégie pour la santé mentale. Comme les autres fois lors d'autres auditions, vous avez maintenant matière à bien travailler avec votre cabinet et nos administrations, pour faire évoluer les choses.

Madame Duchêne, on comprend tellement, à vous entendre, l'importance des 1 000 premiers jours dans la vie d'un enfant. C'est encore plus touchant quand on vous entend parce c'est ce que l'on souligne en permanence dans nos Parlements. En vous écoutant, on voit – au-delà de comprendre – réellement l'importance de ces 1 000 premiers jours. On comprend également à quel point notre rôle d'adulte est important, de même que le rôle de la société. C'est une grande responsabilité, que vous avez même qualifiée de capitale.

Pour en revenir aux questions, à titre personnel, depuis 2019, je suis la matière des médias au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, qui dépend de la ministre Galant. Vous savez que tous les députés ici présents siègent également au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles à travers un mandat indirect. Parmi vos recommandations, vous avez parlé de l'influence des réseaux sociaux et des algorithmes. Là aussi, nous avons une responsabilité à la fois au niveau de pouvoir communautaire, au niveau fédéral et au niveau européen en ce qui concerne les plateformes et la gestion des algorithmes et de leur orientation.

À cet égard, j'ai vu – très brièvement, puisque nous avons malheureusement dû mettre un terme à vos propos – une interdiction pour les moins de 14 ou

15 ans. Je n'ai pas eu le temps de bien lire. Je voudrais donc que vous nous exposiez cette vignette que l'on a dû passer trop vite. Dans le cadre de la Commission des médias, on a demandé des avis écrits au CSEM – le Conseil supérieur de l'éducation aux médias – et au Forum des jeunes. Ces avis ne préconisent pas une interdiction ou, du moins, pas une interdiction seule, mais avec énormément d'éducation aux médias et avec un travail des différents niveaux de pouvoir pour formuler des recommandations sur la gestion des algorithmes et des grandes plateformes qui nourrissent un jeune et lui donnent des orientations à suivre. Vous avez parlé de 12 minutes, je crois. Cela nourrira notre travail au niveau communautaire.

Comme je l'ai déjà évoqué avec le ministre lors d'une question parlementaire, on a reçu ici des jeunes du dernier cycle de l'enseignement secondaire. En effet, on a l'habitude d'ouvrir notre Parlement aux jeunes et de les faire travailler sur des propositions de résolution ou de décret. Un jour, des jeunes ont souhaité travailler sur la santé mentale. Ils ont énormément de choses à dire, mais on ne les écoute pas suffisamment. Ainsi, dans le cadre d'une question adressée au ministre, j'ai dit que les recommandations à suivre pour sa stratégie en santé mentale devaient inclure une place pour les jeunes. On ne peut pas parler d'eux sans eux, tout comme on ne peut pas parler des personnes en situation de handicap sans elles ; cela n'aurait pas de sens. À vous entendre, ils ont des choses à nous révéler. Ce qui m'a choquée lors de cette journée passée avec eux, qui m'a donné l'occasion de discuter avec eux de l'école et de son rôle – dont vous avez parlé également –, c'est que, en ce qui concerne la santé mentale, ils m'ont dit ne pas vouloir se tourner vers le centre PMS. Je précise que ce « ils » ne représente qu'un échantillon restreint sans aucune base scientifique. Toujours est-il que c'est ce qui est ressorti de cette journée. Pour eux, ce n'est pas le bon endroit. Ils m'ont parlé de créer une grande plateforme d'accès rapide. Ici, j'ai entendu que l'on pourrait éventuellement instaurer un numéro d'appel d'urgence pour les jeunes scolarisés ou en âge de scolarisation, sachant qu'ils ne vont pas tous à l'école. On a bien entendu cet appel à l'aide de votre part également.

Dès lors, que faudrait-il faire, au-delà de les écouter ou de créer une plateforme ou un numéro d'appel dédiés à cela ? Que peut-on faire, nous, en tant que représentants politiques ? Enfin, c'est surtout le ministre qui dispose des moyens financiers et humains pour cela, notre rôle se limitant à exercer un contrôle et, parfois, à formuler des propositions. Quoi qu'il en soit, que peut-on véritablement faire pour leur venir en aide lorsqu'ils sont à l'école et qu'ils aimeraient avoir des espaces de discussion en dehors du centre PMS ?

Selon vous – mais les autres personnes qui travaillent en psychologie pourraient également vouloir répondre après vous –, quels sont aujourd'hui les trois principaux freins qui empêchent encore les Wallons et

les Wallonnes d'accéder rapidement à une prise en charge adaptée ? D'après ce que j'ai entendu, j'ai l'impression que c'est un problème de délai et donc un problème de nombre de thérapeutes, le fait que l'on travaille trop en silos, le fait que l'on ne puisse pas toujours identifier les spécialistes en santé mentale et qu'il faut donc que le système reste plus lisible. Plusieurs d'entre vous ont parlé – et c'est important – des soignants eux-mêmes, des médecins généralistes et des psychologues. Cela a été révélé et amplifié par la crise du covid parce que le contexte du soin est toujours de plus en plus exigeant. M. Delrée a notamment parlé des gardes. Nous devons aussi parler de l'accessibilité financière.

Par contre, au niveau des représentants des psychologues, vous n'avez pas parlé de répartition territoriale des soins et donc de l'accès territorial aux soins ni de la vision encore bien trop négative des métiers de santé mentale. Quand on dit que l'on va aller chez un psy, ma foi, cela passe mieux, mais, quand on dit que l'on doit aller voir un psychiatre, tout s'écroule parce que l'on a des constructions mentales qui font que, aller voir un psychiatre, cela ne va pas. Comment peut-on déconstruire cela ? Le psychologue, c'est déjà peut-être plus accessible, mais, le psychiatre, cela fait peur. Comment peut-on arriver à déconstruire cela afin de donner accès à la santé mentale aux personnes qui en ont un peu besoin avant d'aller moins bien ? Comment fait-on pour connoter positivement tous ces métiers essentiels à nos vies ?

Arrivez-vous à en parler entre vous ? Quelles sont vos chambres de discussion ? Avez-vous des moments de concertation ? Tout est peut-être là, mais la mayonnaise doit prendre, si je peux m'exprimer ainsi. Comment peut-on faire en sorte que cette mayonnaise prenne ? Comment pouvez-vous déjà simplement vous parler ?

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

Mme Jamila Ammi (PTB). – Je remercie les différents intervenants pour leur présence et leur exposé.

La santé mentale est devenue une préoccupation majeure pour une partie grandissante de la population : les jeunes, les personnes âgées, les travailleurs sous pression –, il y a deux ans, j'étais encore aide-soignante en maison de repos et j'ai connu la pression –, les familles en difficulté et les personnes précarisées. Partout, les besoins explosent, mais, sur le terrain, les réponses restent souvent insuffisantes. Les délais d'attente sont trop longs, les soins coûtent trop cher, les services sont saturés et les professionnels travaillent dans des conditions de plus en plus difficiles.

Selon nous, au PTB, la santé mentale ne peut pas être considérée comme un luxe ou comme une responsabilité uniquement individuelle. C'est une question de santé publique, mais aussi une question

sociale. Quand les gens n'arrivent plus à se soigner parce qu'ils n'en ont pas les moyens, quand des jeunes attendent des mois pour voir un pédopsychiatre, quand les maisons médicales ou les services de première ligne sont débordés, c'est que le système ne répond plus aux besoins.

L'objectif de ces auditions est donc de partir de la réalité du terrain, comme vous l'avez si bien expliqué. Quels sont les manques les plus urgents ? Où sont les blocages ? Surtout, quelles décisions politiques doivent être prises pour garantir un accès réel, rapide et financièrement accessible aux soins de santé mentale ?

Madame Duchêne, vous avez apporté des témoignages poignants. Sur le terrain, constatez-vous une aggravation de la santé mentale des enfants et des adolescents ces dernières années ? Quels sont les signes les plus inquiétants que vous observez, tels que les tentatives de suicide, les troubles anxieux, le décrochage scolaire, la violence, les troubles alimentaires ou l'isolement ?

Les familles nous disent souvent qu'il faut attendre des mois avant d'obtenir une prise en charge pour un enfant ou un adolescent. Quels sont aujourd'hui les délais d'attente réels en pédopsychiatrie et dans les services résidentiels ? Que se passe-t-il concrètement pour un jeune pendant cette période d'attente ?

Quelles seraient, selon vous, les trois mesures prioritaires à prendre pour éviter que les jeunes arrivent trop tard dans des situations déjà très graves ? Faut-il renforcer les services résidentiels, les équipes mobiles, les centres de santé mentale, les PMS, les liens avec l'école ou tout cela à la fois ?

M. le Président. – La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Je remercie tous les intervenants, car c'est très riche et passionnant.

Madame Duchêne, je trouve que beaucoup de parents sont démunis et ne savent pas très bien comment s'y prendre. De ce que je constate dans mon petit entourage, beaucoup de parents culpabilisent énormément. Ils veulent toujours bien faire, surfaire, surprotéger ; s'ils pouvaient vivre toutes les erreurs des enfants à leur place, ils le feraient. Avez-vous des pistes pour aider ces parents ? Eux aussi vivent une détresse psychologique à ce niveau.

Je vais revenir sur ce que l'on appelle « l'enfant roi ». Vous avez effleuré le problème d'empathie chez les enfants. On a des enfants qui restent trop souvent dans leur chambre, tout seuls. Je trouve que, pendant tout ce temps, ils n'ont pas – comme vous l'avez dit – de temps pour le jeu libre. Cela ne favorise pas du tout les interactions avec des jeunes ou des adultes, ils sont dans un environnement un peu aseptisé. Ce sont des questions qui me travaillaient beaucoup, je ne trouve

pas de pistes. Personnellement, je ne sais pas comment réagir face à des enfants dans ce contexte.

Je comprends aussi la détresse de ces parents ; c'est aussi parfois incompréhensible pour moi, je suis un peu en décalage. Les parents ont tendance à trouver beaucoup d'excuses. Je partage mes questionnements. On demande beaucoup l'accord des enfants ; c'est quelque chose qui me frappe énormément. Quand un enfant dit à ses parents qu'il n'a pas donné son accord, mais pour tout, pas pour des questions essentielles : il faut attendre l'accord de l'enfant pour tout. Là aussi, avez-vous des pistes pour aider ?

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

Mme Mathilde Vandorpe (Les Engagés). – Comme d'habitude, nous partagerons notre temps de parole avec ma collègue, Marie Jacqmin. Dans un premier temps, nous interpellons uniquement Mme Duchêne.

Je vous remercie votre PowerPoint très complet et très intéressant. Quand je vois les résultats de cette étude de 2003, qui est assez surprenante, je me dis : « Où en serait-on aujourd'hui, 23 ans après, avec le développement des tablettes, des réseaux, où l'on voit partout des enfants en très bas âge, une tablette devant les yeux, à table ? » C'est assez interpellant. Il serait peut-être intéressant de refaire le point ou une étude similaire.

On avait dit qu'après le covid, la société évoluerait positivement, qu'il y aurait plus d'empathie, que les gens seraient plus solidaires. Malheureusement, on a vu l'effet inverse se dessiner. À la suite du covid, on avait mis en place, suite à des propositions de texte que j'avais faites aussi bien ici qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, des auditions qui ont amené à des rapports communs, où il y avait déjà à l'époque de grosses alertes, où l'on disait que le covid avait mis en exergue et amplifié les difficultés en santé mentale. Cependant, elles existaient déjà avant ; toutes les difficultés d'encadrement, de soins, et cetera, existaient déjà avant. Les difficultés de prévention également. On avait parlé du numéro d'appel, on avait parlé d'améliorer l'accessibilité pour les jeunes – via peut-être une *chatbox* – pour vivre avec son temps, ai-je envie de dire. Toutefois, on voit que cette société évolue fortement, avec notamment les réseaux sociaux et les addictions qui sont amplifiées.

Concernant plus spécifiquement les réseaux sociaux, puisque c'est un point important : les réseaux amènent-ils l'augmentation du mal-être chez les jeunes ou ce mal-être est-il mis en exergue par les réseaux sociaux ? L'analyse peut être intéressante pour voir comment agir par la suite. Vanessa Matz, notre ministre fédérale, propose de lier les réseaux sociaux à la fin de l'anonymat avec un système Itsme ou autre. Pensez-vous que cette idée pourrait avoir un impact sur la jeunesse ? Je rejoins ma collègue par rapport à l'âge

d'utilisation de ces réseaux sociaux. Certaines familles vont encadrer les choses, il existe des moyens pour cadrer le nombre d'heures, les sites utilisés, et cetera, mais tout le monde n'est pas nécessairement au fait de ces éléments. Quel est votre point de vue par rapport à la limitation de l'âge et sur quelle base ?

Je rejoins aussi ce que disait ma collègue par rapport à la répartition sur le territoire. Je suis du Far West wallon, de Mouscron, il y n'a que Comines après. On n'a pas nécessairement tous les outils. Quand une famille doit se déplacer à Mons, voire à Bruxelles ou plus loin, si cette famille a des difficultés ou est précarisée, il se peut qu'elle abandonne les soins et ne fasse pas le nécessaire. Cela pose problème. Cela rejoint aussi l'aspect de pénurie. Ma sœur, pédopsychiatre, quand elle a eu son diplôme, il y a plus de 20 ans, a eu cinq possibilités d'emploi, mais elle est restée sur Bruxelles, elle n'est pas venue à Mouscron. Elle s'est dit que si elle voulait développer et avoir un réseau, construire quelque chose et travailler réellement sur le fond, elle devait aller à Bruxelles ou dans le Brabant wallon plutôt que de revenir à Mouscron. Je dis Mouscron, mais cela est vrai pour d'autres régions déforcées en termes de soins psychiatriques et d'encadrement pour la jeunesse. Au niveau de l'anorexie, par exemple, il faut aller à la Ramée, à Bruxelles. On n'a pas les soins nécessaires dans l'entourage. Que pourrait-on mettre en place pour que ce réseau soit plus large, qu'il permette à tout le monde de se soigner de manière équitable face à ces situations ?

On n'a pas eu l'occasion de développer le rôle de l'école, en sachant qu'il a évolué au niveau de l'éducation de l'enfant. L'école est-elle le meilleur vecteur de prévention ? On mise beaucoup sur l'école ou sur les activités de type mouvements de jeunesse, sport, et cetera. On donne un rôle aux encadrants qui n'est plus celui d'il y a 15 ou 20 ans. Arrivera-t-on à faire évoluer les choses par ce vecteur ? Ou est-ce par l'éducation à la parentalité qu'il faut amener un travail différent en termes de prévention ?

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

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Je remercie, Monsieur le Ministre, pour votre présence, car vous n'êtes pas obligé d'être là lors des auditions. On sait à quel point cette thématique de la santé mentale vous tient à cœur. Je tenais à le dire parce que vous êtes à chaque fois présent et que je sais que vous travaillez sur cet enjeu. Chez les Engagés, on a l'habitude de dire que, la santé mentale, c'est la nouvelle crise sanitaire.

Je voulais aussi souligner – et je parle sous couvert de leur autorisation – la présence de Nadège, Jean-Louis et Katerina dans le public qui sont derrière moi. C'est un peu inconfortable pour moi de leur parler de dos. Depuis que je les ai rencontrés, la santé mentale est une de mes priorités. C'est une des raisons pour lesquelles je

me suis engagée en politique. Avec eux, on s'est donné une mission : lever le tabou sur la prévention au suicide et sur le suicide tout court d'ailleurs. Je voulais les remercier – et c'est avec beaucoup d'émotion que je le dis parce qu'ils me touchent beaucoup – pour leur présence, mais aussi pour tout ce qu'ils font. Je pensais que j'allais y arriver sans pleurer, mais non. Je voulais les remercier pour tout ce qu'ils font au quotidien dans cette prévention au suicide, parce qu'ils sont eux-mêmes endeuillés. Ce sont des parents endeuillés par le suicide. Je les remercie pour tout ce qu'ils font pour conscientiser les politiques, parce que je pense qu'il est temps d'agir sur le sujet.

Docteure Duchêne, je vous remercie d'être là. Ce n'est pas la première fois que je vous rencontre et que je vous entends, mais, à chaque fois, je me dis : « Mon Dieu, quelle responsabilité on a en tant que politique, mais surtout comme adulte, envers les jeunes ». Il faut que l'on s'en rende compte. À chaque fois, je me dis aussi qu'il y a plein de travail et encore plein de choses à faire. Par contre, il y a plein d'espoir ! En effet, il y a plein de leviers. Vous amenez des solutions concrètes et l'on voit que, si l'on s'y met, on peut changer les choses. Cela a été relayé par tous mes collègues : les 1 000 premiers jours sont super importants pour nos enfants et c'est là – plus tard aussi, évidemment – que l'on a les premiers leviers pour agir sur leur santé mentale. J'ai plutôt tendance à avoir un caractère positif et à voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide. Dès lors, je suis heureuse d'entendre les leviers que vous avez amenés ici. Je rejoins tout ce qui a été dit par ma collègue sur les réseaux sociaux ; j'avais aussi des questions à ce sujet, mais cela a été abordé.

Vous avez parlé de refus scolaire anxieux, plutôt que de phobie scolaire. Je trouve cette nuance importante. Malheureusement, vous n'aviez plus le temps de trop le développer. Or, j'aimerais beaucoup vous entendre sur le sujet. J'ai une question pour vous, que je répéterai tout à l'heure parce qu'elle concerne tout le monde : les psychologues et psychiatres sont-ils tous formés aux mêmes troubles et à l'accompagnement des familles ? Quand un problème de santé mentale survient, comment cela se passe-t-il ? J'aurais voulu vous entendre sur la formation.

Il y a aussi beaucoup de coaches de vie et de thérapeutes qui naissent un peu partout. Il faut être vigilant à ce sujet également, parce qu'il y a beaucoup de conseils sur la santé mentale, circulant sur les réseaux sociaux, qui ne sont pas toujours bons. Il faut laisser ces conseils à des professionnels. Quel est votre ressenti à ce propos ?

Rejoignant mon propos de tout à l'heure, qu'en est-il du suivi après une première tentative de suicide quand la personne est prise en charge ? Cela a été dit par Mme Mertens, mais l'hôpital est souvent le lieu de crise. Après la première tentative, un protocole est-il déjà établi ou serait-il intéressant de le mettre au point,

que ce soit pour la personne, mais aussi pour son entourage ? Je reposerai la question pour entendre vos collègues.

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

M. Vincent Palermo (MR). – Je remercie sincèrement l'ensemble des intervenants. Nous avons eu une ligne du temps parfaite. Tout d'abord, on a parlé de la jeunesse. Ensuite, du contexte global qui comprend toutes les générations et le retour du terrain. Enfin, des personnes qui ont vécu et expérimenté. Je préfère ces termes à ceux de « personnes âgées ». Monsieur Adam, je vous remercie de confirmer, comme j'ai pu le constater, que la timidité peut prendre différentes apparences.

Il y a une chose qui, à titre personnel, m'interpelle encore plus aujourd'hui, c'est que, in fine, dans vos différents discours, on a pu voir que les personnes âgées d'aujourd'hui devraient avoir l'attitude des jeunes d'aujourd'hui. Ce sont des gens qui ont un vécu de 50 ou 60 ans, qui ont vécu, et se sont forgés avec l'expérience. Comme vous l'avez dit, Madame Duchêne, on naît nu de corps et d'esprit, mais on doit entretenir celui-ci, on doit le remplir. Je me dis que cela reste tout de même inquiétant parce que cela veut dire que, aujourd'hui, les personnes âgées font mieux, qu'elles sont beaucoup plus à même de positiver, de se sentir bien dans leur vie dont on sait qu'elle est logiquement plus courte que celle des jeunes.

Les vieux sont plus jeunes et les jeunes d'aujourd'hui sont plus vieux. Cela est inquiétant et l'est tout autant quand on fait aussi le lien avec l'intelligence artificielle parce que même le rapport humain existe peu. On fait davantage confiance à l'intelligence artificielle, on lui demande plus de choses, on se confie plus à une machine que l'on ne connaît pas ou quelqu'un d'imaginaire, on lui demande de coconstruire sa propre vie, de faire en sorte de pallier ces différentes problématiques, de lui donner du peps, de la confiance, de l'estime de soi. C'est inquiétant parce que l'on n'a pas le déclic de penser à sa famille, à ses parents, à ses amis, à ses cousins, à ses frères et sœurs. Quand vous ramenez cela en tant qu'acteurs de terrain, professionnels – vous avez parlé tout à l'heure, Madame Duchêne, du sens de la vie et à une profonde mutation – c'est inquiétant. D'autant plus que les jeunes qui sont là seront les dirigeants de demain et ils seront quasi déshumanisés. Aujourd'hui, on voit des gens prendre des décisions complètement folles, sans réflexion, sans penser à l'humain. On se dit que l'on est occupé de laisser cette mise en place de jeunes qui n'ont pas confiance en eux, qui doutent d'eux et qui vont un jour prendre certaines responsabilités très importantes.

J'ai bien entendu M. Adam tout à l'heure dire que, quand on a un peu plus de 50 ans, on est peut-être pessimiste. Rassurez-vous, je ne le suis pas et c'est pour cela que je vous ai bien écouté, c'est pour cela que l'on

vous écoute et c'est pour cela qu'il faudra aussi trouver des choses à faire pour changer cette mentalité, pour maintenir ces personnes âgées qui sont là, qui sont dynamiques.

Dans tout ce qui est fait – et je plaide pour cela parce que, dans mon jeune parcours politique, j'ai été président de CPAS –, il faut faire en sorte que les jeunes puissent être aidés par les personnes expérimentées, car cette niaque, ils savent la percevoir et se dire : « À 75 ans, ils ont autant de niaque ou même plus que moi à 16, 17, 18 ou 20 ans ».

Je vais maintenant vous poser quelques questions beaucoup plus terre à terre dans l'évolution de notre dossier. Je tiens à remercier aussi le ministre de sa présence et surtout de son écoute parce que je sais qu'il est très à l'écoute par rapport à ce sujet.

On parle de l'entonnoir, de la détection précoce et du coût de l'inaction. C'est une chose qui revient très régulièrement. Plus un trouble est identifié tôt chez l'enfant, plus la trajectoire est préservée. Pourtant, l'une de mes collègues, Caroline Taquin, qui a dû s'absenter, a rappelé les délais d'attente intenable en Wallonie pour une consultation pédopsychiatrique. On ne peut pas tout faire ni tout résoudre d'un coup de baguette magique, comme Harry Potter. Cependant, en tant que praticienne, comment s'articule votre lien avec la première ligne non spécialisée ? Je pense aux écoles, aux PMS ou aux pédiatres. Quels sont les principaux verrous qui empêchent une détection précoce et efficace avant que la situation se dégrade ? C'est pour cela qu'il faut se battre avant de nécessiter une hospitalisation.

J'ai également une question sur le désilotage et la transition vers l'âge adulte. Ce qui m'interpelle avec les jeunes est qu'ils vont voir un psy comme ils vont voir leur toubib pour un rhume. Cela devient normal, ils ont besoin d'être aidés. Je préfère qu'ils fassent cela plutôt que de s'étendre avec l'IA.

Le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est une rupture de parcours classique, d'ailleurs dénoncée par la Cour des comptes. Comment assurez-vous la continuité des soins pour les adolescents de votre structure lorsqu'ils atteignent la majorité ? Soutenez-vous une flexibilité réglementaire de l'AViQ pour créer des structures de transition, notamment pour les 16-23 ans ? C'est pour cela que je parlais tout à l'heure de décroisement.

Enfin, venons-en à la charge administrative du décret de 2024 versus le temps de soins. Le décret Santé mentale de janvier 2024 a subi de vives critiques concernant l'augmentation de la paperasse au détriment des soins directs. Que ce soit pour la santé ou toute autre chose, on passe plus de temps à remplir les papiers et des dossiers qu'être proche ou actif dans les différentes missions qui sont les nôtres. On parle de santé psychologique, mentale, physique, c'est aussi le plus

important. Au sein de votre unité résidentielle, cette surcharge administrative est-elle mesurable ? Quel pourcentage de temps vos équipes pluridisciplinaires perdent-elles au détriment du contact direct avec les jeunes patients ?

J'en profite pour remercier l'ensemble de vos collaborateurs, des gens qui vous aident. En 2020-2021, le corps médical, c'étaient des héros. Avant, ce ne l'était pas et, pendant quelques mois, cela l'était. Aujourd'hui, dans ce domaine, vous allez me dire que vous n'êtes pas des héros, mais des gens qui exercent une profession. C'est une vocation, mais quelque part les héros qui l'ont été avant le sont toujours aujourd'hui et certainement dans le cadre de cette santé mentale qui fait en sorte de préparer notre avenir, l'avenir du monde et de notre planète.

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

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Je remercie les quatre intervenants et intervenantes du jour, car c'est extrêmement intéressant. Je ne vais pas être très longue parce que beaucoup de questions ont déjà été posées à Mme Duchêne. Je vais dès lors tenir un propos ramassé.

Ce que je retiens de manière transversale de l'entièreté de vos présentations, c'est la nécessaire augmentation politique d'investissement dans la prévention de manière générale. On l'a déjà évoqué plusieurs fois ici, mais votre éclairage avec des pans particuliers de population et de publics vient confirmer cela : nous ne sommes pas terribles en matière de prévention en Belgique, et il y a bien matière à faire mieux. Mme Duchêne l'a évoqué particulièrement pour les plus jeunes, M. Adam l'a évoqué particulièrement pour les plus âgés ou les moins jeunes, si je peux le dire ainsi.

J'en retiens, en tant que politique, l'importance de continuer d'investir dans les politiques de l'enfance, de zéro à trois ans. J'ai été ministre de l'Enfance pendant cinq ans ; le fait de permettre à des enfants de se socialiser, mais aussi de développer tous ces apprentissages dans des milieux d'accueil, même si ce n'est parfois qu'un jour ou deux par semaine, parce que cela ne doit pas spécialement être tout le temps. J'ai bien compris que plus les enfants sont dans des situations de vie précaires dans leur famille, plus ils ont besoin de ce soutien dans des collectivités. Le rôle du politique est là. Dès lors, les moyens publics doivent pouvoir suivre.

C'est pareil pour la politique de l'Aide à la jeunesse, même pour les tout-petits. De ce que j'entends de votre présentation, Madame Duchêne, le fait, par exemple, de se poser toujours la question de savoir si un enfant doit quitter sa famille d'accueil plutôt qu'y rester, tout cela participe et découle de ce que vous avez évoqué aujourd'hui : on sent bien que plus l'environnement est

porteur pour l'enfant – surtout les tout-petits –, plus les connexions et le développement vont être optimaux.

Vous avez aussi évoqué l'école. J'ai cru comprendre que non seulement l'école est un lieu essentiel, mais que les profs ne peuvent pas tout faire dans l'école. Il y a donc certainement une réflexion à avoir, si vous avez envie de développer, parce que vous avez manqué d'un peu de temps : si ce ne sont pas les profs, c'est qui ? Et comment l'organise-t-on dans l'école ? Parce que l'école reste quand même le lieu où passe la grande majorité des enfants puis des jeunes – avec, malheureusement, tout le corollaire du décrochage scolaire, qui s'installe à un moment donné.

Comment l'école, en tant que lieu, peut-elle être un outil intéressant ? Comment soulage-t-on les profs ? Vous avez évoqué – je ne sais plus si c'est vous – la présence de psychologues dans les écoles. Je ne sais pas si c'est la seule piste que vous avez évoquée.

En matière de prévention, vous avez évoqué l'idée que nous n'étions pas encore suffisamment outillés, particulièrement en matière de formation. Je l'ai beaucoup entendu chez M. Adam, mais aussi de manière générale. Dans une des interventions – je pense que c'était M. Delrée – sur la formation dans différents publics, il était question, entre autres, de renforcer le lien entre la première et la deuxième ligne, de mieux coordonner les uns et les autres – cela a été dit par l'entièreté des intervenants –, et de renforcer l'accessibilité et la lisibilité.

Pour celles et ceux qui se sont positionnés sur la question, je me demandais si, à votre sens, on doit encore retravailler les quotas INAMI, puisque l'on sait que c'est ce qui limite aussi l'accès à certaines professions. A-t-on besoin de retravailler cela particulièrement pour renforcer certaines lignes, que ce soit la première – à titre personnel, je pense que oui, mais dans quelle mesure ? – ou la deuxième ?

Monsieur Adam, je vous remercie pour votre éclairage. Je n'y connais absolument rien – je le reconnais, on ne peut pas être spécialiste dans tout – dans la vie des moins jeunes et des personnes âgées. J'ai peut-être été trop biberonnée par la chanson *Les Vieux*, de Jacques Brel, qui me place dans les personnes qui ont plein de stéréotypes sur la question. Je vous remercie pour votre éclairage. Cela donne envie d'aller plus loin, mais j'ai retenu que la prévention était fondamentale.

J'adore la phrase « on devient ce que l'on croit », qui est extrêmement intéressante aussi en matière politique. À nous de transformer l'essai, nous, politiques, sur la vision que nous devons avoir et sur la façon de soutenir les personnes qui passent le cap des 65 ans ou 70 ans, et tout le reste.

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

Mme Élisabeth Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le THIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordnatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val. – Avant de répondre à chaque question, je voulais préciser que, quand je dis que les adolescents sont les baromètres de notre société, cela veut dire aussi que, si les adolescents vont mal, c'est qu'ils sentent dans toutes leurs fibres que quelque chose ne va pas bien. Il y a aussi des jeunes qui sont plus sensibles que d'autres et qui non seulement le sentent dans toutes leurs fibres, mais qui se retrouvent parfois à être les fusibles de cette société qui ne va pas bien. Je voudrais insister là-dessus. Les parents endeuillés savent de quoi je parle. Certains adolescents, existentiellement parlant, sont des hypersensibles qui ont capté l'air du temps, ce qui contribue à leur malheur en soi. Il n'y a pas toujours besoin de cause médicale, et cetera, même si j'ai concentré mon propos sur ce que l'on peut faire concrètement. Il est important de dire que le fait que le monde va mal a des effets plus invisibles que ceux que je vous ai présentés ici.

Je vais essayer de reprendre les questions dans l'ordre des interventions. Tout d'abord, vous avez parlé des réseaux sociaux. C'est une matière extrêmement compliquée, avec énormément d'enjeux politiques et financiers, mais, dans l'idéal, on pourrait déjà commencer par envisager des écoles sans smartphone. Je pense que c'est faisable. Je sais que ce n'est pas le cas de toutes les écoles, mais il me semble que l'on peut légiférer sur ce point. On met son smartphone dans une pochette à l'entrée et on le récupère à la sortie. En tout cas, à l'hôpital de jour, c'est ce que l'on fait. Quand on a mis cela en place il y a huit ans, tout le monde a poussé de grands cris en affirmant que cela ne marcherait jamais, que les jeunes avaient besoin de leur téléphone, que c'est leur doudou. Cela marche très bien, en fait ; cela leur a permis de resocialiser. Il y a plein d'écoles où les enfants sont encore sur leur GSM pendant le temps de midi. Je ne comprends pas. Je crois que ce serait une première piste à imaginer.

L'idée serait que les enfants n'aient pas accès à un smartphone avant l'âge du lycée, soit 13 ou 14 ans, mais, évidemment, cela relève aussi des parents. On voit, hélas, énormément de petits enfants que l'on cale déjà devant un film pour les occuper à l'âge de huit ans, sept ans, cinq ans ou même trois ans. Comment conscientiser tous nos citoyens ? Je crois qu'il faudrait des politiques préventives. Il faudrait peut-être, plutôt que de faire de la pub pour les téléphones, transmettre des messages à l'ensemble de la population pour dire à quel point c'est mauvais. Il faut aussi que ce soit très visible ; on voit beaucoup de pubs pour toutes sortes de choses qui nous font du tort, mais on ne voit pas les contre-messages dans nos villes. L'idéal, ce serait qu'il n'y ait pas d'usage des réseaux sociaux avant 16 ans. Je crois qu'une limitation à 16 ans, cela va être compliqué, mais si on limitait à 15 ans, ce serait déjà pas mal.

Cette limitation n'est pas seulement justifiée par l'éducation à la citoyenneté. Elle l'est également par la maturation neuropsychique que la plupart n'ont pas encore atteinte avant 16 ans. C'est évidemment très bien d'éduquer et de conscientiser, mais cela ne suffit pas, parce que l'appétence des jeunes et des ados va vers tout ce qui va vite et tout ce qui est spectaculaire. On a beau leur dire que c'est mauvais pour eux, les réseaux sociaux ont une grande appétence. Pour eux, c'est comme essayer de boire de la bière ou de fumer une cigarette. Dès lors, comment faire pour redonner de la désirabilité à autre chose – aux jeux, à l'extérieur, aux mouvements de jeunesse, aux sports, à la musique, au théâtre, et cetera ?

Vous avez parlé du PMS. C'est vrai que les jeunes ne s'y adressent pas. La plupart du temps, je sais pourquoi. Ils disent souvent que le PMS ne respecte pas le secret professionnel : « J'ai été parler à la psy du PMS et elle l'a dit à mon titulaire, elle l'a dit à mes parents », et cetera. C'est dommage, parce que le secret professionnel, c'est normalement constitutif de nos métiers. Cependant, comment fait-on pour à la fois respecter le secret professionnel et témoigner d'une situation de danger ? Je dis toujours aux jeunes qu'il y a deux lois fondamentales : la première est le respect du secret professionnel, mais la deuxième, c'est la non-assistance à personne en danger, qui passe au-dessus. Cela nécessite de gérer son entretien avec le jeune pour le prévenir que, s'il y a un risque de non-assistance à personne en danger, on sera amené à prévenir son responsable légal ou ses parents.

C'est pour cela que je parle beaucoup de la formation. Les gens du PMS n'ont pas fait de troisième cycle, pour la plupart. Ils sont sortis des études de psycho et ils exercent directement. Pour donner un point de comparaison, c'est comme si les médecins ne faisaient pas de spécialité, comme si les avocats n'allaient pas au barreau pendant trois ans ou comme si les architectes ne travaillaient pas deux ans dans un cabinet. Il faut suivre un troisième cycle pour être psychothérapeute. Or, les gens du PMS sont au contact des jeunes et des enfants et devraient donc avoir suivi un troisième cycle. Cela leur permettrait d'acquérir tout le bagage éthique nécessaire pour manier la juste distance et le fait que l'on peut écouter un jeune et garantir le secret professionnel tout en garantissant néanmoins sa sécurité. Surtout, le PMS n'a pas à parler aux profs, mais aux parents. Pourtant, c'est souvent ce qu'il se passe.

Vous parliez de numéros d'appel et de plateformes. Il y a eu une tentative assez chouette, émanant de Chapelle-aux-Champs, qui s'appelait Passado. Le problème est que cela exige des gens sur le pont 24 heures sur 24. Quand les jeunes savent qu'il y a une plateforme, ils écrivent leurs messages parfois à 5 heures du matin. Quand ils disent : « Au secours, je veux mourir » à 5 heures du matin, il faut réceptionner.

Oui, c'est une bonne idée, mais qui est derrière le téléphone ? Qui est payé pour faire cela la nuit et le week-end ? Comment paye-t-on ces gens ? Comment les forme-t-on pour que ce soit plus sécurisant qu'autre chose ? Sinon, le risque est qu'il y ait une plateforme et que cela fasse pire que bien, parce que l'on croit qu'il y a des aidants alors qu'ils ne sont pas à la mesure de la charge.

Vous demandiez ce qu'il faudrait faire. La structure dans laquelle je travaille est un hôpital de jour avec école. J'ai coutume de dire qu'il en faudrait au moins une par ville. Quand je parle de Bruxelles, il en faudrait quasi une par commune. Cela coûte moitié moins cher qu'une hospitalisation. Il y a une école adossée, de sorte que les jeunes maintiennent les apprentissages. On fait du travail de fond au niveau individuel, familial, social et pédagogique. Souvent, au bout d'un an, les jeunes vont mieux et se réinsèrent dans le tissu social. On ne peut pas fermer tous les lits, comme on l'a fait. Nous, ce sont des lits K1, donc ce ne sont pas des lits. Pour le moment, la situation est critique.

Il faut peut-être travailler pour que, dans 15 ou 20 ans, on puisse fermer si cela va mieux. Pour le moment, on a besoin de structures solides. Des structures comme celles-là, ce sont 20 travailleurs du côté thérapeutique et 14 professeurs. On est 34 pour 29 jeunes. Au moins, on est garanti que le boulot se fait.

Les SSM – les services de santé mentale – qui sont en première ligne devraient aussi être plus fournis. Le problème est la désirabilité pour les travailleurs. Au fond, dans un SSM, un médecin est moins bien payé que dans un hôpital. C'est triste à dire, mais cela joue. Sachant qu'un psychiatre gagne 10 fois moins qu'un anesthésiste ou un chirurgien plasticien, c'est aussi une des raisons de la désertion du métier. Il faut le nommer. Les généralistes, les psychiatres, les pédiatres, on est plutôt dans la catégorie bas revenus, puisqu'on n'est payé qu'à la consultation, alors que ceux qui sont payés à l'acte technique crèvent les plafonds. Les jeunes qui ont étudié tout leur été pour réussir le concours de médecine, ils vont peut-être plutôt, tant qu'à faire, se sacrifier pour croire au bonheur amené par l'argent.

Comment faire en sorte qu'il y ait plus de psychiatres ? Il y a aussi une désirabilité du métier. Cela ne passe pas du tout que par le financier non plus, mais cela passe aussi par un état d'esprit.

En ce qui concerne la répartition sur le territoire, c'est la même chose : il faudrait des structures de formation et de travail en équipe stimulante – il y en a, mais il en faudrait plus – dans les endroits plus reculés, à Mouscron, et cetera. Les médecins sont pourtant parfois contents de retourner travailler dans leur région d'origine. Cependant, il faut reconnaître que tout est concentré sur Bruxelles. Tous les centres de formation à la psychothérapie sont sur Bruxelles. On commence à se faire une première patientèle en général en étant en

formation là-bas. Puis, il y a une espèce de manque d'attractivité pour le reste.

Vous demandiez comment on se parlait entre nous. Il y a beaucoup de lieux de formation, mais ils se méconnaissent les uns les autres. Il y en a qui se forment à la psychanalyse, à la systémique. Puis, il y a encore toutes sortes d'autres formations. C'est dommage. Il faudrait qu'il y ait un petit peu plus de terrains d'entente, de moments de rassemblement et de réflexion commune.

Ce sont des champs qui gagneraient à être vus comme complémentaires plutôt que comme antinomiques. On se parle beaucoup, mais dans plein de structures éclatées. Tout est beaucoup en silos là aussi. Ce serait intéressant de faire des petits groupes de réflexion avec des personnes de différents lieux de formation pour voir un peu comment communiquer.

Sur le terrain, constate-t-on une aggravation de la santé mentale ? Oui. Avant, les jeunes commençaient à penser au suicide à 15 ans, maintenant c'est à 12 ans. C'est trois ans de recul ; c'est terrible. En plus de cela, la puberté a plutôt tendance à reculer. Ce sont même parfois des jeunes à peine dans la puberté et déjà obnubilés par des questions telles que : « La vie a-t-elle un sens ? » C'est hallucinant, cela fait terriblement peur.

Dans les services résidentiels pour jeunes, où l'on voyait certes un peu de violence et régulièrement des enfants un peu difficiles, la violence est désormais gigantesque. Des familles monoparentales avec une danse de multiples conjoints et de multiples enfants puis une maman finalement toute seule pour élever un, deux, trois, cinq ou sept enfants, c'est le terreau pour que ce soit compliqué. Là aussi, prévention. On dit que, quand on investit 1 euro en prévention, on gagne 15 euros en soin.

Comment faire ? Au fond, dans les propositions pour encadrer les parents, je ne comprends pas pourquoi on ne systématise pas la prise en charge de thérapie familiale pour un enfant qui est à l'hôpital ou placé. Par définition, s'il est à l'hôpital ou s'il est placé, c'est qu'il y a de la souffrance environnementale. Je ne dis pas qu'elle est causale, mais il y en a. Donc, de façon au minimum systématique, il faudrait pouvoir dire que la famille d'un enfant placé doit avoir un suivi familial. Pour cela, il faut que des équipes thérapeutiques travaillent le soir et le week-end. Les familles, quand leur enfant est placé la semaine, ne peuvent pas faire de thérapie familiale entre 9 heures et 16 heures. Il faudrait des équipes qui peuvent y aller le samedi matin ou après-midi. Quand les parents travaillent, c'est la même chose. On ne peut pas imposer à toutes les familles qui travaillent de s'arrêter une fois par semaine, le jeudi de 10 heures à 11 heures, pour avoir leur thérapie familiale. Cela devrait être pensé pour que ce soit accessible.

« L'école des parents », c'est comment intégrer les parents dans les écoles et surtout les parents qui ne parlent pas français ? Des expériences ont été faites par Céline Alvarez, qui a pas mal travaillé sur l'intégration, qui accueille les parents devant la classe ; pas dedans parce que, dedans, c'est le lieu des enfants, mais devant la classe. On enlève les chaussures, on dit « bonjour », on explique ce que l'enfant va faire, et les parents sont intégrés. On pourrait proposer – j'ai envie de dire « imposer », mais ce n'est pas facile d'imposer – une alphabétisation pour les parents qui ne parlent pas bien la langue d'enseignement de leur enfant – sinon, ils sont d'office complètement déconnectés –, notamment via un café papote. On aimerait que les PMS soient proactifs et accessibles, mais ils sont souvent répartis sur plein d'écoles et n'ont pas un endroit fixe de travail. Le PMS pourrait faire le lien entre les parents et l'école, pour autant que ce soit faisable.

Sur les délais d'attente, nous sommes devant une reconfiguration des rôles. Avant, les psychiatres prenaient beaucoup de patients en première ligne qui n'avait pas encore de psychologue ou de suivi psychothérapeutique. Désormais, on en arrive à être obligé de dire qu'il faut d'abord un psychologue – qui peut tout à fait déjà faire le travail parce qu'il n'y a pas toujours besoin d'un psychiatre –, mais, pour cela, il faudrait valoriser et valider la responsabilité des psychologues de terrain, et ne pas toujours attendre que ce soit le psychiatre qui, du haut de sa chaire, alors qu'il est à peine disponible, dise qu'il faut faire ceci ou cela. Les psychologues formés à la psychothérapie savent très bien faire le taf. Ils pourraient être la première ligne, tenir dans la durée et être comme le médecin traitant psychologique d'un patient. On pourrait référer au psychiatre quand on atteint un certain seuil de gravité qui nécessite une hospitalisation ou une médication. Il y a beaucoup plus de psychologues et ils sont peut-être moins débordés, alors que les psychiatres le sont radicalement. Je suis toujours étonnée de recevoir plein de demandes de première ligne et de première intention. « Mon enfant est TDAH. Pouvez-vous le recevoir ? » « Non, allez d'abord voir mes collègues parce que je n'ai pas de place avant six mois ». C'est aussi un mauvais message qui passe : certains ont peur d'aller chez le psychiatre et d'autres, « pour un oui ou pour un non », vont chez le psychiatre, ce qui est particulier.

(Réaction de Mme Mertens)

Madame, vous parliez des parents démunis qui en font trop, avec un environnement aseptisé, où il y a un manque d'interaction et où l'on demande beaucoup l'accord des enfants. C'est l'une de ces pertes de verticalité dont je témoignais. Le jeunisme n'est que le corollaire de l'âgisme, c'est-à-dire qu'il y aurait un seul bel âge qui serait la jeunesse. Donc, devenir adulte, ce serait déjà presque devenir vieux. Je suis d'accord avec mon collègue : il faudrait remettre un peu de verticalité et admettre qu'être parent signifie endosser un minimum de responsabilités et, entre autres, accepter

que l'enfant ne décide pas tout simplement parce que son cerveau n'est pas fini et qu'il ne peut pas avoir de recul. J'entendais dire que, dans certaines crèches, les enfants peuvent choisir ce qu'ils mangent, mais c'est une aberration. Le cerveau n'est pas terminé. D'ailleurs, on dit que le cerveau n'est terminé qu'à 26 ou 30 ans, parce que la prise de recul – c'est le lobe frontal – arrive de manière très tardive en fait. Dès lors, il est normal qu'un gamin, même encore de 20 ou 21 ans, croie prendre une décision en âme et conscience, ait encore un peu d'impulsivité dans sa décision, puisque notre cerveau n'est fini qu'à 26-30 ans.

Dès lors, les adultes devraient pouvoir assumer qu'ils sont les responsables et qu'en effet, dans ces environnements, l'aseptisation est mauvaise. Elle éteint toutes les velléités de curiosité, de découverte et d'apprentissage. Pour chaque enfant, on devrait imposer qu'il y ait au minimum une inscription dans un club de sport, dans une académie de théâtre, de musique, que les enfants qui ne font rien pendant l'été aient au minimum deux ou trois stages. Certes, je sais bien qu'imposer c'est quasi impossible, mais au moins, favoriser fortement l'expérimentation des enfants en direct dans un milieu où il n'y a pas 1 000 surveillances et 1 000 contraintes. Les mouvements de jeunesse sont un bel exemple, mais je pense que l'on peut reproduire cela dans des tas de clubs de toutes sortes de choses.

Dans les questions, on me demande si les réseaux sociaux augmentent le mal-être ou vice versa ? « Les deux, mon général ». Le mal-être augmente. C'est beaucoup plus général. Il augmente parce que les ados sont nos fusibles parce qu'ils sentent et ont besoin de se projeter dans l'avenir. L'avenir, c'est quoi pour le moment ? « Aurais-je un boulot ? Est-ce débile ou légitime d'avoir des enfants ? Mon environnement ne va-t-il pas brûler de chaud ou être inondé ? » Dès lors, les ados vont moins bien.

Par ailleurs, les réseaux sociaux ne font qu'en rajouter. Cependant, je ne dirai pas systématiquement et toujours parce que des jeunes, par exemple, sur le versant autistique, trouvent parfois des communautés avec lesquelles ils discutent sur les réseaux sociaux et qui leur font du bien. Tout n'est pas à mettre à la poubelle. Ainsi, le pharmakon pris à petite dose est thérapeutique, tandis que, à grosse dose, c'est un poison, mais c'est la même chose. Les réseaux sociaux, à petite dose, cela peut aider, surtout si c'est géré, mais à grosse dose, surtout avec les algorithmes tels qu'ils sont créés, cela ne fait que rajouter au malheur. Par exemple, avant le harcèlement se passait de 8 heures et demie à 16 heures, mais maintenant, vous continuez à être harcelé toute la nuit et jusqu'au lendemain où vous avez reçu 2 000 messages qui vous disent : « Tue-toi, t'es moche, t'as pas le droit de vivre, pends-toi ! » Dès lors, la gamine qui se lève à 8 heures du matin pour aller à l'école qui a tous ces messages, que fait-elle ? C'est terrible.

Je crois que la fin de l'anonymat sur les réseaux sociaux est une bonne idée, ne fût-ce que pour avoir une idée de l'âge. Évidemment, les ados contournent tout. Cependant, les applications font aussi ce qu'il faut pour que ce soit contournable. Ainsi, il y a des applications comme TikTok qui arrivent à être cachées derrière d'autres, comme une calculatrice, et cetera. Je crois que c'est tellement plus pernicieux que ce que l'on imagine.

À propos du rôle de l'école en tant que meilleur vecteur de prévention ou pas ? Disons que c'est le seul lieu où les enfants sont tous obligés d'aller tous les jours. Certes, je ne sais pas si c'est le meilleur, mais c'est sans doute celui qui m'apparaît être le plus opérant. Sans doute que je parle à partir de mon expérience, où cet hôpital de jour avec école dans lequel on travaille depuis onze ans est quand même une réussite. On a une superbe collaboration entre l'équipe thérapeutique et l'équipe pédagogique et l'on apprend énormément les uns des autres. Eux, nous apprennent beaucoup : la systématisation, la rigueur, et cetera.

De notre côté, on leur apprend beaucoup : l'écoute au cas par cas, la vigilance à des petits détails. Je crois que des équipes renforcées dans les écoles, PMS ou psy, ce serait tout bénéf. Avec, en plus, à l'école, j'avais l'idée de ces cercles de parole qui pourraient accompagner les enfants depuis tout petit, à la fois dans une visée de prévention individuelle, pour repérer s'il y a des maltraitances, du harcèlement avec à la fois de la prévention sur l'ambiance de la classe et à la fois un soutien à ces profs. Sinon, on leur demande cinq métiers en un, ce qui n'est pas possible. C'était pour que quelque chose d'un collectif puisse se reconstruire puisque c'est ce qui nous manque. Des collectifs par classe, cela serait déjà pas mal. Surtout, cela me paraît de la prévention pensable et relativement réaliste.

L'éducation à la parentalité pourrait être justement dans cette école des parents où l'on pourrait, en plus du café papote et de l'alphabétisation, proposer, voire rendre indispensables quelques moments d'échange avec les psychologues qui seraient liés à l'école. Nous essayons de mettre en place un groupe de parents. Le problème est que ce sont toujours les parents super motivés qui viennent. Quel est le bras de levier pour cela ?

Les psychologues et les psychiatres sont-ils tous formés aux mêmes troubles ? Non, pas du tout. C'est un peu difficile puisqu'il y a déjà ceux qui sont formés à l'enfance, à l'adolescence, aux âges de transition, à l'âge adulte, et puis aux séniors. Il y a aussi plein d'écoles, ce qui est à la fois très riche et « perplexifiant ». Cela contribue à cette mise en silos et je trouve cela dommage parce que, de nouveau, la complémentarité serait à penser. J'aurais de nouveau envie d'encourager à ce que des psychologues bien formés, avec un troisième cycle, puissent prendre la responsabilité des suivis. Par contre, les coaches de vie et les thérapeutes formés en quatre week-ends, c'est un

peu dramatique et que cela nous fait perdre énormément de temps, d'argent et d'espoir parce que des familles sont parfois mal accompagnées. Il y a plein de petits centres comme cela qui émergent partout.

Y a-t-il un suivi après une première TS ? Y a-t-il un protocole ? Pas que je sache, mais il serait temps qu'il y en ait un. En tant que soignants, nous devrions tous avoir la même éthique : tant que mon patient n'est pas en sécurité et repris en charge par quelqu'un d'autre, je suis garant de son suivi. Je ne comprends pas que les gens n'aient pas cela comme évidence dans leur suivi. Si j'ai un patient suicidaire et je me rends compte qu'il ne va pas bien, si je suis peut-être dépassée et que ce n'est peut-être plus de ma compétence, et cetera, je reste tout de même là et je le reçois toutes les semaines tant que je n'ai pas pu l'adresser à quelqu'un d'autre. Pour moi, cela devrait être l'éthique minimale. On devrait avoir sans doute un serment d'Hippocrate partagé entre soignants psys. Les médecins ne le font pas tous non plus. Souvent, quand ils sont désarmés, ils disent : « Je ne sais plus rien faire pour vous ». Dans ce cas, on attend d'avoir passé le relais.

Vous parliez de la place des personnes âgées par rapport aux jeunes. Il est vrai que l'on fait plus confiance aux IA qu'aux séniors. Cela est triste. Cela fait longtemps que je me dis que l'on devrait, à côté des services résidentiels pour jeunes, implanter des maisons pour personnes âgées. Cela donnerait énormément de sens aux séniors. Évidemment, il ne faut pas non plus tout le temps tout mélanger : il faut aussi veiller à la paix des séniors et à la liberté de jeu des enfants. Favoriser des moments de contact, des repas partagés, des goûters, des activités, et cetera pourrait être une riche idée. Cela redonnerait aussi aux personnes âgées l'idée d'avoir une expérience à partager plutôt que se sentir inutiles.

Vous parlez de la profonde mutation qui est inquiétante. Je vous rejoins, je la trouve inquiétante. Comment réenchanter le monde ? Je pense que c'est par des actions dans du collectif, la recreation des collectifs à tous niveaux. Cela est plus facile à dire qu'à faire.

Le coût de l'inaction, je le pense terrible puisque je crois qu'il y a énormément de retards mentaux et de troubles du comportement chez des enfants qui sont la résultante plutôt de l'inaction que d'un facteur incontournable.

Les ruptures de parcours entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie, c'est terrible, c'est dramatique. À l'hôpital de jour, ils viennent jusqu'à 21 ans et ils sont occupés du matin au soir. On ne leur laisse pas le choix. De nouveau parce que, jusqu'à 21 ans, croire qu'un jeune est en pleine possession de ses moyens, ce n'est pas juste, surtout s'il ne va pas bien. Ils ont des ateliers à 9 heures à 10 heures, à 11 heures, un temps de midi partagé et puis, de nouveau, cours l'après-midi. Une fois qu'ils ont 18 ans et qu'on les met dans un hôpital jour-

nuit pour adultes, ils n'ont rien de toute la journée. Ils peuvent aller à des activités s'ils le choisissent, mais rien n'est structurellement mis en place pour que ce soit systématique.

Or, on sait que l'absence de mouvement contribue à la dépression. Cela se voit chez les personnes âgées, mais aussi chez tout le monde. L'inaction et l'immobilité contribuent à la dépression. Dans les hôpitaux psychiatriques, les patients ne font rien. Pour moi, il y a un retard de 30 ans sur les prises en charge. Ce n'est pas que pour les ados, c'est la même chose pour les adultes. Il y a des tas d'hôpitaux plus modernes qui ont mis en place des potagers, des projets de construction, des activités théâtrales, musicales, et cetera. On voit bien que les patients vont mieux. Pendant la guerre, les psychiatres avaient dû envoyer les patients aider les fermiers du coin parce qu'ils n'avaient plus assez à manger. Ces patients allaient mieux rien qu'à les aider et d'être de nouveau dans le monde. Le décroisement gagnerait à avoir lieu.

La charge administrative est devenue affreuse. Depuis que je travaille, en 2013, on est passé de 30 % d'administratif pour 70 % avec les bénéficiaires, à l'inverse, grosso modo. C'est horrible à dire, mais j'ai l'impression qu'il y a 70 % d'administratif maintenant, parce que l'on doit remplir toutes sortes de documents, de dossiers et que l'on grappille tout ce que l'on peut avec les patients. Cela n'aide pas à soutenir le fil d'une situation parce que l'on est tout le temps rattrapé par des demandes absurdes, les mutuelles et les assurances qui nous demandent des rapports, alors que cela ne les regarde pas. On devrait pouvoir attester en cinq lignes. Il faudrait que l'on puisse encore faire confiance aux soignants. Si l'on dit : « Cette personne n'est pas en mesure de... », que l'on ne doive pas le justifier.

Concernant la prévention de manière générale, Madame Linard, vous parliez de socialiser et développer les apprentissages dans les lieux d'accueil. Il faudrait que des puéricultrices soient plus nombreuses, plus formées, plus valorisées et mieux payées. Elles sont dépassées. Le nombre de puéricultrices, c'est une pour sept enfants, quelque chose du genre. Si l'on devait s'occuper de sept bébés, on rendrait notre tablier après une demi-journée. C'est absurde, alors que c'est là que toute la prévention se fait. Elles sont tellement mal payées que ce sont des métiers qui ne sont pas du tout désirables. Ce sont parfois des personnes elles-mêmes fragiles qui s'orientent vers ces métiers. C'est le serpent qui se mord la queue.

Vous parliez des lieux d'accueil et des familles d'accueil pour les tout-petits, je l'avais mis dans mes *slides*, mais ce n'était pas l'occasion. Il y a des enfants qui connaissent jusqu'à quatre ou cinq lieux d'accueil quand on les enlève de leur famille, ce qui est une absurdité totale. On ne fait que les abîmer. C'est comme si l'on prenait un marteau et qu'on leur tapait sur la tête avec à chaque changement. Ils doivent refaire des liens,

ils doivent refaire confiance et ils doivent se réhabituer à des odeurs, des bruits et des façons de parler différentes. C'est complètement fou. Il faudrait un seul milieu d'accueil ou une seule famille d'accueil, pendant tout le temps que l'on décide si cet enfant rentre en famille. Les familles d'origine sont super importantes, mais il ne faut pas plaider pour un retour en famille d'origine d'office. On peut se dire que la famille d'origine est là à quart, tiers ou huitième temps, on peut parler des parents d'origine en disant à un enfant qu'il a une famille d'origine à temps partiel, c'est parfois beaucoup mieux. On ne les élimine pas du jeu parce qu'ils restent les parents des enfants, mais c'est beaucoup plus sain que de vouloir à tout prix remettre des enfants dans des milieux où les adultes sont trop abîmés. Eux-mêmes méritent des soins.

Je ne crois pas que les profs seuls pourraient faire des cercles de parole pour veiller à cette prévention. Il faudrait une co-intervention avec des psy.

On parlait des formations et de l'éventualité de retravailler les quotas INAMI. Ce qui est certain, c'est qu'il manque de psychiatres et qu'il y a sans doute trop de médecins dans certaines spécialités. Je n'en sais rien parce que je n'ai pas les chiffres. Donner envie de faire des métiers de l'humain passe par une valorisation – pas seulement financière, mais sociale –, car ce sont de très beaux métiers.

M. le Président. – Nous allons vous libérer étant donné qu'il est midi. Vous avez été complète et vous avez pu répondre à toutes les questions des collègues.

Un moment de répliques est-il nécessaire ?

(Réactions dans l'assemblée)

Je vous remercie pour votre exposé et le temps que vous avez consacré aux réponses à mes collègues.

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Mathilde Vandorpe (Les Engagés). – Pour la suite, je vais aller droit au but puisqu'on a eu l'occasion d'avoir un échange un peu plus large avec des questions qui se regroupent, en particulier entre M. Delrée et M. Adam, et plus ciblées sur les personnes âgées.

Vous avez parlé, Monsieur Delrée, d'humaniser les soins. Je pense que c'est essentiel et je voulais me pencher en particulier sur la formation. Les soignants sont-ils suffisamment formés à l'évolution de la société ? J'en reviens à ce que je disais dans ma première intervention, la société a évolué, la société a changé, la perte de sens est plus présente aujourd'hui. Finalement, les formations tant des médecins généralistes que du personnel soignant, que du personnel psy sont-elles adaptées à la vie d'aujourd'hui ?

Je pense en particulier au sujet des addictions et des assuétudes. Je vous donne un témoignage. Il y a 25 ans à peu près, deux adolescents vont voir le médecin généraliste de leur maman en disant : « Notre maman solo a un problème avec l'alcool, nous, on part aux études, elle va être toute seule à la maison, que faut-il faire ? » La réponse du médecin, à l'époque, a été de dire : « Elle n'a que cela dans sa vie. »

Je m'intéresse beaucoup aux addictions. Je trouve que cela devient aussi un vrai fléau aujourd'hui. Je trouve que ce n'est pas une réponse de la part d'un médecin. Pourtant, tout le monde a toujours dit que c'était un bon médecin, mais mince, quand on apporte une réponse comme celle-là à deux jeunes qui viennent le trouver par rapport à un problème de leur maman, je trouve que c'est problématique. Quand j'entends les différents éléments dont vous parlez, les médecins sont-ils formés actuellement à la situation d'aujourd'hui ? Quand j'entends que vous parlez des médicaments qui sont prescrits, je pense que c'est un problème et une situation importante au niveau de la formation à tout point de vue.

Le travail en silo pose problème aujourd'hui. Il faut plus d'échanges, plus de relationnel, plus de liens, plus de lisibilité et plus de coordination. Cela revient depuis des années. Comment faire ? C'est une question que je vous pose à tous les trois. Avez-vous des pistes de solutions pour essayer de casser ces silos ? Lors des rencontres que l'on a pu avoir et les auditions que l'on a pu faire précédemment, on disait : « On a des chambres où l'on se retrouve ». Il y a peut-être trop d'endroits et, ainsi, on ne parle pas de ce qu'il faut au bon endroit. Ici, le message est un peu différent : « Nous n'avons pas réellement de chambre de discussion entre nous et ces acteurs ». Comment faire pour casser ces silos et amener plus de suivi de la personne qui a un souci ? Comme disait Mme Duchêne tout à l'heure, on la garde jusqu'à ce que l'on puisse passer le relais et c'est peut-être un peu difficile aujourd'hui, dans la situation de surcharge de travail dans laquelle vous êtes et à laquelle vous êtes confrontés. Comment travaille-t-on avec cela pour essayer de casser ces silos, qu'il y ait plus de liens au niveau macro pour décider de ce que l'on fait pour la société de demain, mais aussi au niveau micro par rapport à une personne en difficulté pour assurer son suivi dès les premières difficultés ?

La prévention est essentielle. Dans les interventions que vous faites aujourd'hui, vous parlez tous de la prévention, mais on est tous déjà à l'étape suivante. Comment faire pour accentuer cette prévention ? Pas une prévention qui soit juste une séance d'information ou une campagne de publicité, comme on en connaît aujourd'hui – tout cela a un rôle –, mais comment aller plus loin dans cette prévention pour éviter les dérives auxquelles vous faites face aujourd'hui, avec des surcharges au niveau des soins, tellement il y a de patients à traiter et tellement la situation est arrivée à un stade avancé ? Avez-vous une piste pour essayer de

casser ces silos et d'avancer de manière plus globale dans l'intérêt du patient ? Vous parliez notamment, Madame Mertens, de la continuité entre la première ligne et la deuxième ligne. Cela rejoint cet aspect.

Monsieur Delrée, vous avez ajouté un point à la fin : la santé mentale des soignants. Il faudra aussi s'y attarder si l'on veut revaloriser ces métiers, mais aussi aider les gens qui y sont à tenir le coup. On peut entendre que ce soit difficile.

De même, Monsieur Adam, vous avez parlé de la formation des professionnels au niveau des personnes plus âgées. Là aussi, on a du travail à faire, car vos chiffres sont assez interpellants.

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

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Je vous remercie tous les trois pour vos interventions très intéressantes et très explicites. Je remercie aussi Mme Duchêne, qui a dû nous quitter.

Je me posais une question sur la formation psy et je me doutais de la réponse, mais tout le monde n'est pas formé aux mêmes troubles ou à l'accompagnement. Or, c'est essentiel.

Je fais le lien avec la formation des médecins généralistes. Monsieur Delrée, dans la formation de médecine générale, y a-t-il des crédits portés sur la santé mentale ? Il est important pour vous de rediriger un patient, les accompagnants ou les aidants proches vers la bonne porte. On ne renvoie pas pour telle ou telle situation chez le même spécialiste. Il serait intéressant d'avoir votre vue d'ensemble à ce sujet.

Vous pouvez aussi me répondre sur les coaches de vie et tout ce qui circule sur les réseaux sociaux, et cetera. Je pense que nous serons tous d'accord sur le constat posé par le docteur Duchêne.

Y a-t-il un protocole établi après une première tentative de suicide ? Apparemment, non. Vous avez peut-être d'autres réponses à apporter, que ce soit pour la personne ou pour l'entourage.

Je voulais compléter Mme Vandorpe et je rejoins tout ce qu'elle a dit.

Monsieur Adam, vous avez parlé des personnes âgées, vous avez souvent cité 65 ans et plus, 75 ans. On l'a vu aussi dans les chiffres. Il y a le grand âge, et aujourd'hui le très grand âge aussi. C'est une chance, les personnes atteignent parfois 90, 100 ans. J'espère que l'on y arrivera tous et en bonne santé. Cependant, de nouveaux défis se présentent à nous. Vous l'avez dit, ce ne sont que trois crédits, par exemple, en médecine pour les personnes âgées. Y a-t-il une attention portée sur ces personnes de très grand âge ainsi qu'une prise de conscience au niveau des professionnels de la santé ?

Vous avez été plusieurs à le dire : il n'y a pas forcément de psychologue dans des structures comme les maisons de repos. C'est également un aspect à propos duquel il faut conscientiser les acteurs.

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

Mme Sabine Roberty (PS). – À l'instar de ma collègue, j'irai droit au but sans m'attarder sur d'autres considérations au préalable.

L'articulation avec la première ligne de soins et les médecins généralistes a souvent été abordée. Les généralistes disposent-ils aujourd'hui de suffisamment de solutions lorsqu'ils identifient une souffrance psychique ? Selon vous, quels sont les publics qui rencontrent les plus grandes difficultés d'accès aux soins ? Quels sont les outils à votre disposition et, éventuellement, ceux à développer – car c'est surtout cela qui est intéressant – pour détecter ou pour orienter un patient lorsque vous soupçonnez la nécessité d'entamer un parcours de soins en santé mentale ? Au niveau local, il y a des services comme les SSM. Au-delà des outils disponibles, les médecins généralistes disposent-ils encore du temps nécessaire pour détecter une souffrance, mener un premier entretien et assurer un suivi dans un contexte où les consultations sont de plus en plus courtes et où la pénurie de généralistes est une réalité croissante ?

Nous l'avons déjà entendu lors des précédentes auditions : c'est parfois un patient sur deux qui vient en consultation non pas parce qu'il a mal à la gorge ou un rhume, mais bien parce qu'il souffre de son travail, de sa situation familiale ou encore pour ses enfants. Quelles améliorations de la première ligne seraient prioritaires, selon vous ? Quelles propositions pourriez-vous formuler ?

On dit aussi régulièrement – vous l'avez d'ailleurs tous dit aujourd'hui – que le médecin généraliste est la porte d'entrée du parcours de soins, ce qui implique la nécessité de poser le bon diagnostic. Cette responsabilité du premier diagnostic pèse énormément sur les épaules du médecin généraliste. Ainsi, on a beaucoup parlé de la formation de base et du faible nombre de crédits alloués à la santé mentale et à la prise en charge des personnes concernées. C'est un dossier que l'on doit porter de manière collective en Fédération Wallonie-Bruxelles avec mes collègues, même si tout le monde ne siège pas dans la Commission de l'éducation ou dans la Commission de la ministre-présidente. On a un travail à mener de ce côté aussi. On est tous d'accord pour dire que le cursus doit être amélioré – je ne dis évidemment pas qu'il est mauvais, mais on doit travailler là-dessus. Cela ne concerne peut-être pas uniquement le cursus des médecins : il y a aussi les infirmières, les aides-soignantes ou encore les aides à domicile. C'est quelque chose que l'on doit imaginer pour l'ensemble des métiers du *care*.

Concernant Solidaris et pour en venir à la thématique du suicide en particulier, je vais citer des chiffres que je ne saurais qualifier autrement qu'en disant qu'ils sont alarmants :

- un jeune sur six âgé de 8 à 25 ans récidive ;
- un jeune sur cinq n'a pas vu son médecin généraliste dans les trois mois qui ont précédé la tentative ou après l'hospitalisation ;
- 40 % n'ont reçu aucun traitement médicamenteux six mois avant ou après l'hospitalisation ;
- 6,3 % n'ont bénéficié d'aucune prise en charge, ni avant ni après l'hospitalisation.

Comment peut-on expliquer que 20 % des jeunes n'ont pas vu un généraliste dans les trois mois avant une tentative de suicide ? C'est compliqué et cela fait mal d'en parler. Quel est le frein que l'on pourrait voir en premier lieu ? Les jeunes sont-ils suffisamment sensibilisés au fait d'aller voir leur médecin généraliste ? Je n'ai pas l'impression que, quand un jeune se sent mal, c'est tout de suite cette première casquette qu'il aura envie d'aller voir. La première casquette, c'est l'intelligence artificielle. Aujourd'hui, les jeunes qui ne se sentent pas bien interrogent ChatGPT, Claude ou une autre IA. Je ne pense pas que l'on aille directement trouver le médecin. Ils n'osent déjà même pas en parler à leurs parents. Enfin, quel est le protocole mis en place quand il y a une tentative de suicide ? Y en a-t-il un ? Est-il suivi ? Est-il possible de le suivre ?

Je voudrais aussi que l'on parle de l'accompagnement des familles. Quand on a déposé une proposition de résolution avec ma collègue, Éliane Tillieux, c'était une chose que j'avais abordée dans ma partie d'intervention. On n'aborde pas suffisamment la question de l'accompagnement des familles qui sont confrontées à un suicide ou à une tentative de suicide. Pour les parents, les frères, les sœurs, les grands-parents et les proches, c'est un traumatisme immense. Je vois ma collègue Mathilde dans la difficulté quand elle s'exprime, mais je pense que c'est compliqué. Quand on évoque cette thématique en particulier, je pense que c'est toujours douloureux pour chacun et chacune d'entre nous. Que dire des parents, des frères, des sœurs, des grands-parents et des proches ? Ce traumatisme est immense et il s'accompagne, j'imagine, de culpabilité, d'incompréhension, d'isolement, mais aussi du risque accru de détresse psychologique pour la suite. Je pense qu'il est essentiel de prévoir un accompagnement rapide, spécialisé, durable dans le temps et qui ne s'arrête pas aux premiers jours, mais qui puisse aussi intégrer toute cette famille pour soutenir la fratrie dans le retour à l'école, dans les lieux de vie, au domicile. Il faut pouvoir prévenir à long terme les conséquences.

À partir de votre expérience clinique, quels sont aujourd'hui les principaux manques dans l'accompagnement des familles ? Peut-on faire plus ? Peut-on faire mieux et comment ? À quel moment ?

Quelles mesures devrions-nous prendre ? M. le Ministre nous fait la gentillesse d'assister aux auditions et l'on n'a de cesse de lui dire : « Maintenant, vous êtes outillé et vous pouvez écrire cette stratégie en concertation avec les secteurs et avec les gens que l'on entend ». Quelles mesures devrions nous prendre et mettre en place pour garantir une prise en charge systématique, coordonnée et accessible, tant pour les parents que pour les frères, les sœurs et les grands-parents ?

Plusieurs d'entre vous ont évoqué les ruptures du parcours dans la première ligne : l'hôpital, les psychologues, les psychiatres et les services spécialisés. Faut-il encore frapper à la bonne porte ? Je pense que je l'ai entendu aussi. À quel moment peut-on observer les premières ruptures ? Comment pourrait-on mieux sécuriser les transitions ? J'ai entendu qu'il faut aussi mieux orienter et articuler les choses, en les rendant plus cohérentes, et pas construire quelque chose de nouveau. On a entendu que beaucoup de choses existent, mais il faut les mettre en œuvre de manière cohérente.

Je suis tout à fait d'accord que l'offre de soins de santé mentale doit être beaucoup plus lisible. J'ai entendu parler de l'AViQ, qui est la porte d'entrée, une porte d'entrée. J'ai aussi entendu que l'agence doit mieux communiquer, ne serait-ce que sur son site internet, et pas rien que pour la santé mentale. On suit évidemment avec beaucoup d'attention et beaucoup de bienveillance le travail effectué par l'AViQ. Ce n'est pas facile, ils ont énormément de travail à faire, toujours avec un peu moins de moyens. J'ai entendu que sa cartographie en matière de santé mentale n'était pas suffisamment complète ou lisible. On suivra aussi cette demande, ici, avec les collègues.

Je retiens aussi qu'il faut une meilleure coordination entre tous les thérapeutes. Je voudrais en venir aux SSM – aux services de santé mentale – et insister, selon moi, sur le rôle essentiel qu'ils jouent dans nos villes et dans nos communes en Wallonie. Ces services constituent aussi une porte d'entrée indispensable pour les enfants, pour les adolescents et pour les familles. Pourtant, aujourd'hui, ils sont confrontés à un manque préoccupant de pédopsychiatres. Parfois, ils risquent même de perdre leur agrément à cause d'un manque de pédopsychiatres. L'un d'entre vous évoquait la différence de salaire entre un pédopsychiatre en service de santé mentale à Bruxelles et ailleurs. Cela doit nous interpeller. Le fait que l'on ne choisisse pas de travailler en SSM, peut-être parce que l'on y gagne moins bien sa vie. Cela ne va pas ; il y a quelque chose à faire à ce niveau.

Le fait qu'il y ait moins de pédopsychiatres, il y a un risque de perte d'agrément, mais, surtout, les délais de prise en charge s'allongent énormément et que les équipes de psychologues sont mises sous pression, de même que les équipes de direction, et les prises en charge ne peuvent pas être aussi rapides qu'on le souhaiterait. À mes yeux, ils doivent être renforcés –

j'espère que M. le Ministre entendra cette requête –, tant en personnel qu'en moyens, afin de garantir cette prise en charge de proximité, de la rendre accessible, la plus précoce possible et la plus continue possible. Selon vous, quelles mesures devraient être une priorité à renforcer avec ces services pour améliorer la prise en charge ?

On en arrive à cette ligne du temps qui a été mise en place, peut-être involontairement, par les services en termes de géographie de votre posture ici, sur les bancs de notre Parlement. J'en arrive aux personnes de grande qualité, à partir de 50 ans, qui en connaissent un rayon, qui restent un public cible particulièrement fragile, bien qu'ils disposent de cette capacité de résilience plus forte, comme M. Adam nous l'a exposé lors de son intervention lors de nos auditions spéciales covid. On n'a eu de cesse, Monsieur Adam, de suivre vos travaux.

Il n'en demeure pas moins que les maisons de repos, par exemple, sont de plus en plus confrontées à l'arrivée d'un public qui présente des fragilités psychiques ou psychologiques. L'offre de soins pour les personnes âgées semble également faire défaut dans les maisons de repos. Concernant le suicide, si les tentatives sont moins nombreuses chez les aînés – c'est encore à vérifier –, elles sont malheureusement certainement plus létales ? Il faut donc pouvoir vivre avec cela aussi. Mon impression est-elle confirmée, Monsieur Adam ? La prévention du suicide chez les personnes âgées est-elle adaptée ou, au contraire, faut-il envisager une nouvelle approche ?

Aujourd'hui, on reste à domicile par choix, le plus longtemps possible, et c'est tant mieux. Cependant, le maintien à domicile peut aussi devenir une source d'anxiété qui s'ajoute à l'isolement des personnes âgées. Comment évite-t-on de rester seul, dans une cage dorée, quand on vit seul et isolé ? C'est un choix, mais on a peut-être le passage des aides familiales, des auxiliaires de soins, d'une infirmière ou d'un kiné, mais on reste seul et isolé. Les choses sont mises en place dans le maintien à domicile suffisent-elles pour prendre en charge une difficulté qui serait perçue par une aide familiale ? Comment y répond-on ? Comment articule-t-on le secteur de la santé mentale avec le secteur de l'aide à domicile ? Souvent, c'est encore une fois le médecin généraliste, avec le carnet de santé qui est chez lui, que cela repose.

De manière plus large, quels sont les principaux obstacles à l'accès aux consultations psychologiques ? Le manque de thérapeutes en est un. Au niveau géographique, on n'est pas égal selon que l'on habite en Wapi, à Bruxelles ou à Liège, par exemple. Quels sont les publics insuffisamment pris en charge et couverts par une piste d'amélioration ?

Monsieur Adam, les dispositifs actuels ne soutiennent pas suffisamment la prise en charge des aidants proches. C'est un constat que l'on fait de

manière régulière ici. Par quel bout doit-on prendre le fil ?

J'ai également entendu que vous parliez d'éduquer, de former et de travailler sur l'image du vieillissement, Monsieur Adam, en MR ainsi qu'en MRS, et sur l'autopersécution. On suivra de près vos pistes de travail.

Monsieur le Ministre et les membres de votre cabinet, il y a des choses à faire pour la prévention de la santé mentale et pour le bien vieillir. En effet, vous travaillez concomitamment sur ces deux volets. On vous demande d'être particulièrement attentifs aux études menées par M. Adam et par ses équipes. Votre stratégie est prévue pour le début de 2027, si l'on fait suite aux réponses aux dernières questions que l'on vous a posées, Monsieur le Ministre. J'espère que toutes les équipes seront mises à profit pour être concertées et pour s'impliquer dans cette stratégie.

Je vous regarde tous les trois – vous étiez quatre tout à l'heure : si vous deviez nous donner trois priorités chacun et chacune – cinq, ce serait même mieux, mais je serai déjà contente avec trois – pour aider M. le Ministre à rédiger correctement cette stratégie, quelles seraient-elles ?

Lors des précédentes auditions, on a également mis en évidence les difficultés à disposer de données consolidées sur les besoins, les délais d'attente ou encore les ruptures de parcours. Partagez-vous ce constat ? On a déjà eu deux cycles d'auditions avant vous. Quels indicateurs devraient être suivis en priorité pour mieux piloter la politique wallonne de santé mentale ? Comment mieux intégrer les déterminants de la santé dans l'ensemble des politiques publiques afin d'assurer une réponse qui ne soit pas uniquement urgente, mais bien pour renforcer réellement toute la prévention ?

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

M. Vincent Palermo (MR). – Si vous le permettez, je partagerai cette intervention avec ma collègue, Stéphanie Thoron, qui poursuivra. Je ne vais pas être très long puisque j'ai eu l'occasion de m'exprimer tout à l'heure et mes questions seront plutôt destinées à M. Delrée.

En ce qui concerne Proxisanté et l'intégration territoriale, la réorganisation de la première ligne en Wallonie accuse un retard structurel de près de 20 ans en comparaison avec la Flandre. Comment la Fédération perçoit-elle le déploiement de ce réseau ? Craignez-vous qu'il s'agisse d'une coordination de la coordination ou alors d'une couche administrative en plus ou voyez-vous un outil concret qui permettrait aux généralistes d'orienter de manière fluide un patient en détresse psychologique vers un SSM sans liste d'attente opaque ? C'est important. Soulignons que l'on est dans

l'état d'esprit de faire les choses le plus rapidement possible afin de soigner au plus vite.

Le rapport du KCE a pointé une adéquation insatisfaisante des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires en Belgique. On parle de surconsommation d'antidépresseurs et de benzodiazépines. Cette surconsommation reste inquiétante. Face à la saturation des psychologues de première ligne, le service de santé mentale, le médecin généraliste n'est-il pas poussé malgré lui à une réponse purement médicamenteuse, faute d'alternative d'accompagnement rapide ? C'est à ce sujet que j'aimerais vous entendre. Le sujet a été abordé tout à l'heure par des orateurs différents qui ont des fonctions différentes. J'estime qu'il faudrait globaliser et avoir une vision d'ensemble. Cela me paraît très intéressant pour que nous puissions nous comprendre et voir ce sur quoi nous pouvons apporter l'une ou l'autre amélioration.

Je vais me focaliser un peu plus sur le burn-out affectant les indépendants et les chefs d'entreprise ainsi que celles et ceux qui ont de hautes responsabilités. À cet égard, les indépendants et les patrons des PME échappent souvent, très souvent même, à la médecine du travail traditionnelle et se tournent uniquement vers leur généraliste lorsque le burn-out est total. On va trouver son médecin, un médecin de famille dans lequel on a confiance, et on lui dit ce qui ne va pas, en tout ou partie.

La FAGW – Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne – dispose-t-elle d'outils de repérage spécifiques pour cette population qui dissimule sa détresse par la culture de la performance ? On a vécu cela lors de l'audition précédente avec des agriculteurs. On sait qu'il y a là une source inquiétante pour les indépendants, d'autant que cela impacte aussi son environnement – le personnel, les clients.

À cet égard, dispose-t-on de mesures ? Que peut-on mettre en œuvre ? Comment peut-on agir ? Ces questions nous semblaient intéressantes. Selon nous, il faut toujours partir du prisme – c'est très important – d'une vision globalisée parce que c'est ensemble que l'on pourra faire bouger les lignes plutôt que chacun de son côté.

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

Mme Stéphanie Thoron (MR). – Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour la qualité de vos présentations. Je souligne votre originalité, Monsieur Adam. Je n'ai pas répondu correctement à vos questions, mais ce n'est pas grave parce que ce n'est pas pour autant que je ne m'intéresse pas à la matière. La santé mentale est un sujet qui nous tient énormément à cœur. Votre approche et le fait que vous veniez présenter votre travail au quotidien ici nous permettent d'avancer

mieux pour coconstruire avec M. le Ministre quelque chose de très bon, dans le futur, en Wallonie.

Madame Mertens, au niveau de l'efficacité des budgets, le Fédéral investit énormément en santé mentale puisque 152 millions d'euros sont consacrés aux séances de psychologie de première ligne. En parallèle, le Gouvernement wallon a doublé son budget de prévention de 40 millions d'euros. Comment l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones évalue-t-elle l'articulation, sur le terrain entre ces deux enveloppes ? Vous avez évoqué, tout à l'heure, l'aspect financier. N'y a-t-il pas un risque de superposition des mécanismes qui complexifierait le parcours du patient, comme a pu le dénoncer la Cour des comptes ? Nous souhaitons avoir votre analyse à ce sujet.

Vous avez parlé de la pénurie et de la difficulté de disposer de psychologues. Je voulais vous poser une question à ce sujet, puisqu'on observe une augmentation des diplômés. Les structures agréées wallonnes peinent malgré tout à recruter et à fidéliser leurs psychologues. Souvent, ces psychologues sont attirés par un secteur privé pur. Je voulais savoir quelles mesures concrètes vous préconiseriez pour renforcer l'attractivité des carrières au sein du réseau subventionné par l'AViQ.

Monsieur Adam, vous avez indiqué, par rapport à la santé mentale de grand âge, qu'il fallait briser les silos. La Cour des comptes a sévèrement épinglé le cloisonnement historique des politiques wallonnes. Aujourd'hui, de nombreuses personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères vieillissent dans des structures spécialisées, tandis que les maisons de repos voient affluer des résidents avec des troubles neurocognitifs ou comportementaux majeurs, sans forcément y être formées. Comment vos recherches à l'Université de Liège peuvent-elles guider l'AViQ pour repenser des normes d'agrément transversales, innovantes peut-être, et surtout flexibles, plutôt que de continuer à financer des structures en silos distincts ?

Par rapport aux aidants proches, vous avez évoqué les aînés – j'aime bien utiliser ce terme – qui ont un rôle d'aidant proche, mais il y a aussi les aidants proches qui aident les aînés. De nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques ou de handicaps ont été maintenues à domicile grâce à des aidants proches qui vieillissent ou, malheureusement, disparaissent.

Vos travaux sur la sénescence intègrent-ils cette rupture brutale de trajectoire ? Comment la Wallonie peut-elle développer une guidance et une évaluation précoce pour anticiper ces fins de prise en charge à domicile afin qu'elles ne se transforment pas en placements d'urgence institutionnels lourds et coûteux ?

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

Mme Jamila Ammi (PTB). – Monsieur Delrée, les médecins généralistes sont souvent la première porte

d'entrée pour les personnes en souffrance psychologique. Avez-vous le sentiment que les généralistes sont aujourd'hui devenus, faute de mieux, une sorte de première ligne en santé mentale ? Ont-ils réellement les moyens, le temps et les relais nécessaires pour jouer ce rôle ? Vous avez d'ailleurs expliqué que les médecins généralistes n'ont pas toujours le soutien nécessaire pour y faire face. Quand un médecin généraliste détecte une situation de dépression, de burn-out, d'angoisse grave ou de risque suicidaire, vers qui peut-il orienter rapidement le patient ? Vous semblez dire qu'il n'y a pas suffisamment de psychologues et de psychiatres, et c'est vrai que c'est le parcours du combattant.

Qu'en est-il pour les centres de santé mentale ? Ces services sont-ils accessibles financièrement ? Beaucoup de patients renoncent aux soins psychologiques pour des raisons financières, vous l'avez souligné. Du point de vue des généralistes, voyez-vous une différence claire entre les patients qui ont les moyens de payer un suivi privé et ceux qui doivent attendre une solution remboursée ou à bas prix ? Quelles conséquences cela a-t-il sur leur santé ?

Madame Mertens, les psychologues cliniciens sont de plus en plus sollicités, mais l'accès aux consultations reste difficile pour beaucoup de citoyens. Selon vous, le remboursement des soins psychologiques est-il suffisant pour garantir un accès réel pour toutes et tous ? Ou bien reste-t-on dans un système à deux vitesses ?

De nombreux psychologues dénoncent aussi une précarisation de leurs conditions de travail, notamment dans certains dispositifs conventionnés. Les mécanismes actuels permettent-ils de garantir à la fois des soins accessibles pour les patients et des conditions de travail correctes pour les psychologues ? Si l'on veut intégrer la santé mentale dans la première ligne de soins, quelles seraient les priorités parmi :

- davantage de psychologues dans les maisons médicales, dans les écoles, dans les centres de santé mentale ;
- un refinancement structurel des consultations ;
- une meilleure coopération avec les médecins généralistes.

Monsieur Adam, la santé mentale des personnes âgées est encore trop souvent invisibilisée, vous l'avez démontré. Quels sont aujourd'hui les principaux problèmes que vous observez : solitude, dépression, anxiété, perte d'autonomie, deuil, entrée en maison de repos, sentiment d'abandon ? Ne banalise-t-on pas trop souvent la souffrance psychique des personnes âgées comme si la dépression, l'isolement étaient normaux avec l'âge ? Comment mieux détecter ces situations, notamment chez les personnes qui vivent seules ou en maison de repos ?

Vous avez parlé de comment on se sent. Par exemple, se sent-on plus vieux que son âge et les

conséquences que ce sentiment apporte ? Y a-t-il un gradient de classe sociale derrière cela ? Se sent-on plus vieux quand on est pauvre ? Se sent-on moins vieux quand on est aisé ou bien cela n'a rien à voir ? Quelle politique publique faudrait-il renforcer pour mieux protéger la santé mentale des personnes âgées ?

Vous dites qu'il faut davantage de psychologues accessibles en maisons de repos, mais faut-il aussi plus de services à domicile, plus de lieux collectifs, plus de soutien aux aidants proches ? On sait que le personnel dans les maisons de repos joue un rôle central, car à l'heure actuelle, les soignants n'ont plus le temps d'écouter, d'échanger, d'accompagner les résidents. Lorsque le manque de personnel oblige à se limiter aux soins techniques, la qualité de vie et la santé psychologique des résidents en souffrent parce qu'il est impossible d'assurer un accompagnement ou le maintien de l'autonomie, car elles demandent du temps et le temps dépend des effectifs.

Comment garantir la santé psychologique des résidents si les équipes n'ont même pas le temps de s'asseoir un moment auprès d'eux ? Comment peut-on préserver la dignité des aînés, alors que les conditions de travail imposées aux soignants ne leur permettent plus de respecter les rythmes, les choix et l'autonomie des résidents ?

M. le Président. – La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Monsieur Delrée, vous avez mentionné que 90 % du public des soins à domicile sont des personnes âgées, ce qui représente un pourcentage non négligeable. Cela m'amène à la question de l'isolement des personnes âgées, à domicile et en institution, qui est un gros problème de santé publique, comme on l'a encore constaté lors des épisodes caniculaires. Il y a aussi la problématique de la présence des généralistes, parce qu'il est en ce moment compliqué de prendre rendez-vous. Les généralistes eux-mêmes ont une santé mentale fragilisée. Il faut faire en sorte de combiner la vie privée et professionnelle. Beaucoup de généralistes réduisent leur temps de travail. C'est compliqué de prendre rendez-vous, surtout pour les personnes âgées, car il faut passer par une plateforme, ce qui n'est pas donné à tout le monde. Ce sont aussi des paramètres à tenir en compte. Au niveau de votre fédération, que donnez-vous comme piste pour remédier à ces soucis ?

Au niveau des soins au domicile, il y a le système de télévigilance et, parfois, on sonne aux résidents pour voir si le système fonctionne. Combien de fois ne nous a-t-on pas signalé qu'il y a des personnes qui vont mal grâce à une seule journée où l'on a contacté les résidents ? On doit mieux investir dans une centrale téléphonique ou quelque chose comme cela pour cibler et rentrer en contact avec toutes les personnes âgées qui n'ont pas d'interaction ou de soins. C'est important et

d'autant plus après avoir connu le covid et les épisodes caniculaires.

Je voulais aussi parler de l'isolement en institution, car, là aussi, il y a un gros problème. Au début de la législature, Monsieur le Ministre, vous avez parlé des éducateurs A2. Où en est-on avec cette proposition ? L'une des fonctions qui ont le privilège d'avoir une relation avec les résidents, ce sont les techniciennes de surface qui ont la possibilité de rester 15 à 20 minutes, mais ce n'est pas le cas des soignants. Ces derniers prodiguent un soin, par acte, et n'ont pas ce temps.

Monsieur le Ministre, je m'adresse à vous et particulièrement à l'AViQ : dans beaucoup de maisons de repos, on n'a pas de technicienne de surface le week-end. C'est encore tout nouveau. Il faut être vigilant à cela. Cette présence est importante non seulement pour l'hygiène, mais aussi pour les interactions avec nos résidents.

Le rôle du psychologue est indispensable en maison de repos. Je sais que l'on en a déjà parlé, Monsieur le Ministre, et que l'on partage le même avis. Ce rôle existe déjà dans des institutions, mais force est de constater que ce n'est pas pris au sérieux. Des psychologues distribuent des repas ou font de l'HORECA. Or, le psychologue n'est pas engagé pour cela. Quand je vois des médecins du travail qui reprochent à des psychologues de ne pas distribuer des plateaux, il y a un problème au niveau de la médecine du travail. Il faut que chacun reste dans son rôle. Ce n'est pas comme si l'on était en surplus de psychologues ; on a besoin d'eux.

Je voulais aussi attirer votre attention sur les aidants proches, et pas seulement ceux qui évoluent à domicile, mais aussi ceux en maison de repos. Ils continuent leur rôle et c'est important de les intégrer. C'est au psychologue de les intégrer dans la démarche de soins. C'est important d'avoir un contact avec les aidants proches et de continuer la prise en charge avec eux.

Monsieur Adam, il y a des formations d'âgisme pour les soignants, mais elles ne sont pas obligatoires. Parfois, ce ne sont même pas les soignants qui choisissent leur formation. On impose donc des formations répétitives qui, pour moi, n'ont plus aucun sens. Sur l'incontinence, par exemple, quand on l'a reçue une fois, cela ne sert à rien de la recevoir chaque année. Si l'on a le budget pour les formations, il y en a qui devraient être obligatoires. Au niveau du terrain, parce que ces formations n'existaient pas avant, avez-vous constaté une amélioration ?

J'ai entendu parler de suicide, mais je voulais aussi que l'on ne néglige pas le syndrome de glissement. Parfois, la personne âgée se laisse partir parce qu'elle n'a pas d'autres possibilités ; parfois, on ne le voit même pas. C'est après que l'on se rend compte, quand on additionne tous les symptômes, que c'était un

syndrome de glissement. Dès lors, on devrait faire une analyse de tous ces décès en maison de repos. Je trouve que c'est un travail à faire et que l'on n'a pas assez d'études là-dessus.

Je vais rejoindre aussi ce qui a été dit par rapport à la démarche de soins. On est en train d'évoluer vers une démarche de soins par actes, et non vers une démarche de soins globale. C'est une de mes inquiétudes. Je veux savoir si vous la partagez.

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

M. Guy Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW). – Au niveau de l'humanisation des soins et de la formation des soignants aux changements de la société, la formation au changement, c'est surtout la formation continue. On a effectivement une formation. C'était l'objet de questions pendant le cycle des études. Cela fait plus de 20 ans que je suis sorti, donc je sais que cela a évolué.

Il y a bien entendu des cours de psychiatrie, parfois de psychologie aussi, pendant les études de médecine. Est-ce assez ? Si l'on regarde au prorata du pourcentage de psychologie que l'on va faire pendant nos consultations, on est tentés de dire « non ». Maintenant, en tant que médecin généraliste, on se doit d'être formé dans toute une série de disciplines très larges. On doit avoir une formation continue et l'on doit connaître nos limites.

Ensuite, il y a aussi des choses dont on peut très bien ne pas être au courant ou que l'on peut avoir oubliées quand on était en consultation face à quelqu'un. Je pense à une maladie rare, par exemple. Ce n'est pas un problème de gérer cela dans la consultation, puisque nous allons traiter cette personne dans la durée. Après, on va bien sûr revoir et mettre ses compétences à niveau. En pratique, cela ne pose pas de problème. En ce qui concerne la formation, on peut toujours dire que l'on peut mieux faire.

Ensuite, les médecins généralistes ne font pas tous la même chose. Certains se spécialisent plus ou moins dans certaines choses. Ils ont des marottes, des dadas. Beaucoup travaillent en pratique de groupe. Il y a des médecins qui sont plus versés dans la prise en charge d'assuétudes. D'autres vont faire un peu plus de médecine de l'enfant, travailler avec l'ONE, et cetera. Certains vont avoir une étiquette plutôt « maisons de repos », « personnes âgées » parce qu'ils sont médecins coordinateurs par ailleurs, et cetera. L'on peut aussi s'adresser, entre généralistes, des patients qui ont des problématiques particulières pour lequel le confrère à côté est un peu plus formé, ou a un tropisme par rapport à cette discipline.

Sur la santé mentale au niveau des soignants, oui, il faut revaloriser ces métiers. Sur la rétention de ces métiers, je pense que ce qui pose problème, c'est la

surcharge administrative, le manque de sens dans certaines choses que l'on nous fait faire. J'ai cité un exemple : la garde, parce que c'est un exemple criant dont on s'occupe beaucoup. Mais il y a d'autres choses que cela. C'est vrai que cela peut mener à un épuisement, voire un épuisement professionnel de type « burn-out ».

On a dit aussi que la pénurie était en partie due au fait que les généralistes sont moins disponibles et travaillent moins. C'est vrai, mais c'est aussi la solution justement pour éviter qu'ils ne décompensent. Dès lors, il ne faut pas non plus critiquer le fait que certains ont décidé de mettre un accent sur leur vie privée. C'est aussi important pour leur santé mentale en général que de pouvoir se ménager et d'avoir aussi une vie privée. La société évolue ; le généraliste qui travaillait six à sept jours sur sept, cela n'existe plus. Certains le déplorent, mais, avant, il avait une femme au foyer qui s'occupait de la maison et il connaissait parfois mieux le bulletin de ses patients que de ses propres enfants. Je trouve donc quand même positif que cela change également.

Je pense avoir répondu au sujet des crédits de la formation.

Quant au protocole à suivre en cas de tentative de suicide, je n'ai pas de réponse précise. Il y a énormément de protocoles pour toute une série de choses, mais je ne pense pas qu'il y ait un protocole qui couvre clairement ce genre de situation et qui soit fréquemment utilisé. Encore une fois, quand on a quelque chose d'aussi important, je pense qu'il est important de ne pas rester seul ; il faut se mettre en rapport avec le réseau. À ce moment, je pense qu'il est également important d'essayer de voir avec un psychiatre ce qu'il y a lieu de faire. Certes, il faut avoir des protocoles, mais il faut aussi pouvoir agir au cas par cas et s'adapter, parce qu'une situation n'est pas l'autre. Par exemple, y a-t-il un historique ou une prise en charge en amont, comme c'est souvent le cas ? En somme, ce sont des choses complexes et je pense que les protocoles peuvent aider, mais il ne faut pas non plus que l'on soit enfermé dans un protocole lorsqu'on est face à une situation particulière.

En ce qui concerne les solutions disponibles et la difficulté d'accès pour certains publics, je pense que, au niveau de l'accès à la médecine générale, il y a quand même des facilités en termes d'accessibilité financière. Le statut BIM offre quand même une accessibilité financière à 1 euro, et encore, je pense que, jusqu'à 24 ans inclus, c'est gratuit. Je ne sais pas, parce que c'est mon logiciel qui calcule cela pour moi. Au niveau de l'accessibilité financière, c'est quand même OK, je pense que l'on est bon. Cependant, cela ne fait pas tout ; il faut qu'ils viennent consulter. Je pense que les médecins généralistes sont quand même fortement consultés par toutes ces populations qui ont besoin de soins. C'est vrai que quand on a des patients qui vont bien, on les voit moins ; on peut très bien rester des

années sans voir un adolescent ou un jeune adulte parce qu'il va bien. À ce moment, si le lien s'est étiolé, un patient ira-t-il voir le médecin généraliste quand il y aura un problème ? Je dirais que ça dépend un peu de son passé, de son vécu, du climat familial, s'il a souvent vu le médecin généraliste avant... Si c'est le cas, je crois qu'il viendra.

Je pense que le cabinet du médecin est quand même un lieu où l'on sait que le secret est assuré et que l'on peut venir déposer quelque chose. Même si l'on ne met pas en branle toute une artillerie, on est quand même disponibles. Il faut relativiser ; je pense que l'on est quand même très disponibles par rapport à ce type de problème. En termes de délai, même si c'est pour le lendemain ou le surlendemain, cela me semble encore correct.

Ensuite, a-t-on le temps nécessaire pour identifier des souffrances dans un contexte où les consultations sont de plus en plus courtes ? Oui, mais je pense que l'on agit dans la durée. Par contre, je ne pense pas du tout que les consultations soient plus courtes. J'ai même l'impression inverse que les consultations sont de plus en plus longues. Le problème, c'est peut-être que, lors d'une consultation, le temps consacré à un problème spécifique est plus court, notamment parce que l'on nous utilise mal. Les gens viennent – j'invente – parce qu'ils ont mal au dos, mais aussi parce qu'ils ont ceci ou cela. J'entends tous les jours : « Tant que je suis là, Docteur... » Cela ne va pas. Si l'on a trois ou quatre motifs au sein de la même consultation, il n'est plus possible d'attacher la même importance ni le même temps à chacun de ces motifs.

On essaie donc de se former à dire : « Revenez pour ceci ». On peut le dire de plein de manières ; il m'arrive parfois d'être un peu provocant en disant : « Écoutez, ce que vous m'avez dit, c'est trop important, je ne vais pas le bâcler en le traitant en cinq minutes. On a déjà parlé de cela et de cela. Ma salle d'attente se remplit – il faut aussi faire attention à cela –, donc reprenez rendez-vous ». Là, c'est vrai que l'on a un certain nombre de pertes à travers cette nouvelle prise de rendez-vous qui ne se fait pas. Je ne pense donc pas du tout que les consultations sont plus courtes, mais qu'elles sont devenues multiples, et c'est un problème. Je pense aussi que l'on est encore trop souvent consultés pour ce qui est curatif. Or, on a aussi un rôle de prévention et de promotion de la santé. Avec le covid, on a aussi vu arriver une dimension de santé publique du médecin. À cette période, on a quand même prescrit des certificats d'interruption de travail à des gens qui étaient en bonne santé ; ce n'était pas pour eux qu'on le faisait, mais pour la santé publique, ce qui était relativement nouveau.

La médecine générale est prête à jouer un plus grand rôle, mais la population ne nous identifie pas assez. De même, les pouvoirs publics – au sens large du terme – ne nous désignent pas assez comme un acteur de promotion et de prévention de la santé. Certes, ce n'est

pas toujours un médecin qui est le mieux placé pour le faire, mais dans les pratiques de médecine générale, il n'y a pas toujours que des médecins. À défaut, il n'y a personne d'autre ; on n'adresse pas les gens vers quelqu'un d'autre. Il y a des initiatives ponctuelles et louables, comme l'Hémocult ou le mammoth, qui arrivent chez les gens. C'est bien, mais la prévention ne se limite pas à cela. D'autres secteurs, d'autres thèmes ne sont pas abordés ou pourraient l'être en cabinet de médecine générale.

Le médecin comme porte d'entrée ; faire le diagnostic et donner des informations de base. Je ne suis pas trop inquiet sur ce point. Notre métier est précisément de faire face, d'avoir une première réponse, de premiers diagnostics dans toute une série de champs de la médecine, y compris le champ de la santé mentale. D'un autre côté, pour poser un diagnostic de maladie psychiatrique, un psychiatre prend parfois plusieurs années. Cela me semble absolument inconscient de poser un diagnostic de maladie psychiatrique à quelqu'un que je vais voir 15 minutes. On peut y penser, bien entendu, mais c'est un processus, un diagnostic important. J'espère avoir le temps de référer à quelqu'un pour établir un diagnostic de psychose, par exemple, qui est quand même quelque chose de très important. On est donc outillé pour faire face au premier abord, et ensuite pour passer la main ou pour travailler ensemble avec la deuxième ligne si nécessaire.

Je ne peux pas commenter les chiffres Solidaris parce que je ne les connais pas trop.

Les jeunes vont-ils voir d'abord le médecin ou ChatGPT ? Je pense que parmi les soignants, c'est le généraliste. Je n'ai pas dit qu'avant cela, ils n'en parlaient pas à quelqu'un d'autre ou à une intelligence artificielle ; c'est possible, mais parmi les soignants, je pense que c'est nous. Maintenant, j'ai évidemment un biais en disant cela.

Rester cohérent et ne pas construire quelque chose de nouveau. Oui, c'est vrai. Après, on peut construire une architecture, des liens entre les choses. Je ne sais plus qui a parlé de la réforme en cours de la première ligne de soins qui a été reprise par la législature actuelle, mais qui avait déjà été commencée avant. Cela va-t-il fonctionner ? Je ne peux pas répondre. Nous sommes très nombreux, au niveau des prestataires de la première ligne, à être inclus dans le processus, que ce soit par le politique ou par l'administration. Il y a une volonté commune d'aboutir à quelque chose d'efficace, de structuré. On sait que l'on va devoir repasser par des réformes. Par exemple, je pense que l'on va revoir un peu les missions, les SISD qui vont probablement devenir des OLS et intégrer d'autres choses, dont notamment les RLM. Tout cela me semble faire sens ; c'est bien, mais c'est en cours. Il est trop tôt pour tirer les conclusions de quelque chose qui est encore en gestation ou qui commence à prendre en charge de

premiers dossiers. Je pense aux 1 000 jours, par exemple.

La difficulté est aussi que tous les acteurs de la première ligne ne sont pas structurés sur le terrain. Il est important d'entendre les psychologues – ils sont structurés –, mais on a des difficultés à avoir, par exemple, les kinés, les infirmiers, les sages-femmes, car ils ne sont pas structurés en fédération. Or, ce sont des intervenants importants qui ont leur mot à dire. Nous essayons de les écouter, mais à défaut d'avoir des fédérations ou une structuration de ces métiers, cela complique un peu les choses.

On parle de cartographie en santé mentale, de l'AViQ. Je ne pense pas qu'elle soit de l'AViQ. Je vois aussi Psylux ; j'ai été voir sur leur site, je vois plutôt des logos du SPF Santé publique de la province, mais je ne vois pas le logo de l'AViQ. Je n'en sais rien. Le problème est que je ne suis pas un expert là-dedans. Je suis un médecin généraliste. Mon « ignorance » de certaines choses est symptomatique, je pense, de celle de beaucoup d'acteurs de la première ligne. Existe-t-il une cartographie ? Oui, ce site en est une. Est-elle suffisamment bien renseignée avec les différentes spécificités de chacun ? Je n'en suis pas sûr. Est-elle communiquée suffisamment aux prestataires ? Ce sont des questions qu'il faut se poser. Avant de recréer des outils, il faut partir des outils qui existent, les évaluer et voir si c'est un problème « seulement » de communication de l'existence de ces outils – je ne le pense pas – ou si ces outils doivent être améliorés.

Je crois avoir déjà parlé de Proxisanté. On n'en est pas encore au point de créer toute une série d'outils concrets dans toute une série de choses, dont la santé mentale. Cette réforme est en construction.

Vous faisiez allusion au KCE et à la surconsommation d'antidépresseurs et de benzodiazépines. Comme je l'ai dit dans mon exposé, je ne pense pas que l'on prescrit un antidépresseur par défaut, en remplacement d'une psychologue que l'on n'a pas eue. Je vois les choses de manière complémentaire. Il m'arrive souvent d'attendre avant de refaire une prescription parce que, justement, une psychothérapie va être entamée. Et puis, si je vois que cela n'avance pas, c'est aussi mon rôle de proposer cette médication parce que je suis convaincu qu'elle a du sens et qu'elle a une plus-value – en tout cas, je parle des antidépresseurs – dans la prise en charge. J'ai énormément d'exemples de patients qui ne vont pas bien. Il y a une psychothérapie qui est en place, mais il y a tout de même un vrai coup de pouce dans la prescription d'un antidépresseur.

Je pense que les antidépresseurs ont été diabolisés, même s'il faut en effet rester vigilant et savoir les arrêter au bon moment. Je les compare souvent à un plâtre. Pour guérir, il faut mettre un plâtre pour que les os soient soudés. On a envie de garder son autonomie et

que son bras soit solide. On n'a pas envie d'une aide externe qui va rigidifier le bras, mais c'est parfois nécessaire. On peut mettre un plâtre pendant cinq jours et se dire : « Maintenant, je suis fort, je veux l'enlever, je veux me sevrer du plâtre, je ne veux pas être dépendant du plâtre. » Mais cela ne va pas aller, parce que l'os n'est pas soudé. Si, par contre, vous attendez suffisamment longtemps, comme l'OMS le préconise, pour qu'il y ait une consolidation, que ce médicament agisse et que les connexions, les synaptiques neuronales, puissent se refaire, il va y avoir une efficacité. Après six semaines, comme vous pouvez enlever votre plâtre, vous pourrez – ce n'est pas six semaines, l'OMS dit six mois après premier épisode –, après la consolidation, enlever votre traitement antidépresseur et vous ne serez pas dépendant de celui-ci comme vous n'êtes pas dépendant de votre plâtre.

Il faut expliquer cela aux gens, leur expliquer comment cela fonctionne, comment on les débute et surtout comment et quand on va les terminer. Cela prend du temps parce qu'on le fait souvent après une consultation qui a déjà été longue. Souvent, je le fais en deux fois parce que, s'ils sont réticents, je n'aime pas prescrire à la première consultation ; j'aime bien expliquer, donner des pistes et qu'ils reviennent ensuite, qu'ils réfléchissent et posent des questions. Et puis, on décide ensemble si l'on prescrit ou si l'on ne prescrit pas.

Toutefois, il ne faut pas diaboliser cela. Il ne faut pas les considérer sur le même pied que les benzodiazépines qui, eux, ne soignent pas. Ce sont des antidouleurs avec des dépendances, des accoutumances, plein de problèmes d'effets secondaires, mais ils ne soignent rien.

Le burn-out peut être invisible, c'est vrai. Je ne suis pas un expert, mais il faut tout de même faire attention à l'utilisation du mot burn-out. Il ne faut pas mettre du burn-out à toutes les sauces. Un vrai burn-out, c'est quelque chose de sérieux, de conséquent. Il peut y avoir des passages à vide et plein de choses qui ne sont pas nécessairement des burn-out. Là, on est bien placés pour voir ces choses et pour les gérer, parfois avec de l'aide. Le vrai burn-out est un état où les gens ont tout brûlé et où ils s'écroulent. C'est tout juste si, une fois, quelqu'un m'a dit : « Hier, j'ai fait un burn-out ; aujourd'hui, cela va beaucoup mieux ! » Cela n'était évidemment pas un burn-out, même si je caricature.

Les médecins généralistes sont-ils devenus une première ligne en santé mentale ? Oui, mais, pour moi, ils l'ont toujours été. On est une première ligne, que ce soit en infectiologie, en gastro-entérologie, en gériatrie ou en santé mentale. La médecine générale est la première ligne. Cela inclut les problèmes de santé mentale.

Vers qui orienter le patient ? La difficulté, c'est plutôt l'accessibilité et la recherche de prestataires de

soins libres. L'accessibilité des centres de santé mentale, ce n'est pas évident du tout. Il y a des listes d'attente assez longues. Dans ma pratique, chez moi, cette accessibilité n'est pas là, elle n'est pas rencontrée. Je ne leur jette pas la pierre, c'est parce qu'ils ont beaucoup de boulot.

Le renoncement pour l'accessibilité financière, cela existe effectivement pour les consultations de psychologues. C'est moins le cas pour la médecine générale puisque, logiquement, ils sont BIM, donc cela ne coûte rien en dessous d'un certain âge, et cela coûte 1 euro après. Par contre, c'est un peu un piège parce que cela pousse certains médecins traitants, à tort ou à raison, à se substituer au psychologue. Mon opinion personnelle, c'est que nous ne sommes pas psychologue et que ce n'est pas notre rôle. Parfois, on le fait par défaut parce que l'on ne peut pas laisser les gens rentrer chez eux sans rien. Néanmoins, ce n'est pas le plan A et ce n'est pas souhaitable.

Au niveau de la télévigilance, vous avez raison. C'est d'ailleurs quelque chose qui a été abordé récemment relativement à la vague de chaleur, cela a été identifié comme un des outils permettant de rentrer là où il y a des personnes isolées et de voir comment cela se passe. Normalement, c'est l'inverse, c'est eux qui rentrent dans la télévigilance quand il y a un problème. Ils n'ont pas été dimensionnés et prévus pour cela ; dans l'urgence, peut-être qu'il y a une possibilité de faire quelque chose. Je parle sans connaître tout le secteur, ce qui est possible. Est-ce un outil qui peut être dimensionné autrement pour accomplir d'autres missions ? Cela me semble être une chose pertinente.

Ensuite, le problème des institutions et des maisons de repos en particulier est dû à une pénurie de personnel. Regardez dans les écoles d'infirmières, il y a malheureusement une diminution des étudiants en infirmière, c'est catastrophique. D'une part, on en forme moins et, en plus, on a des problèmes de rétention. Donc ce sont des métiers où il y a beaucoup de reconversion parce que c'est des métiers difficiles, avec des horaires difficiles, pas assez valorisés ; pas uniquement financièrement. Certains souffrent clairement de ne pas avoir le temps à consacrer, notamment le week-end. Il y a des choses à faire, il y a des sonnettes qui sonnent, il faut courir, et cetera. Elles sont entre le marteau et l'enclume. Si, elles sont « maltraitantes », c'est indépendant d'elles, mais elles en sont conscientes et elles en souffrent. C'est un problème auquel je n'ai pas de solution, mais il y a une revalorisation de ce métier et du personnel de maison de repos à effectuer. Cela me semble important. Je suis d'accord, pour le syndrome de glissement, sur ce qui a été fait.

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

Mme Nicole Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF). – Je vais commencer par faire un peu d'histoire, ce qui expliquera pas mal de choses par rapport à la profession de psychologue clinicien. La psychologie comme science est arrivée en Belgique dans les années 1980. C'est tout jeune. Avant, elle était beaucoup plus influencée par la psychiatrie, plutôt francophile. La psychologie, dès lors, a dû former des professionnels autrement. Après cette période des années 1980, il a fallu attendre le développement de la psychologie de la santé, au début des années 1990, pour pouvoir proposer des prises en charge psychologiques dans un autre domaine de la santé que de la santé mentale. Jusque dans les années 1980, la plupart des psychologues travaillaient en psychiatrie uniquement. Que ce soit en centre de santé mentale, en hôpital, dans d'autres services à la population, tout était psychiatrie et les psychologues ne faisaient que de la psychiatrie.

La psychologie de la santé est arrivée à la fin des années 1980, début 1990, en Flandre, et c'est là que nous avons pu trouver, nous francophones, les premières revues de psychologie de la santé. Petit à petit, dans ces années-là, on a commencé à engager des psychologues cliniciens dans les hôpitaux pour autre chose que la psychiatrie. À ce moment-là, il a fallu trouver de l'argent pour développer de nouvelles fonctions. En effet, déjà dans le domaine, on engageait peu et l'on ne voyait pas pourquoi il fallait engager aussi des psychologues. À ce moment-là, l'INAMI a pu soutenir des services psychiatriques par des psychologues un peu plus spécialisés et des services médicaux par des psychologues sous forme de convention. Par la suite, c'est seulement il y a à peu près 20 ans que les psychologues ont pu faire des consultations en hôpital. Entre-temps, il y avait évidemment des consultations en privé qui s'étaient petit à petit développées et qui profitaient, en général, à un public plutôt de classe moyenne.

Répondre à la question des priorités, c'est certainement commencer par rendre l'offre des psychologues réellement lisible. L'offre des psychologues n'est absolument pas lisible en Wallonie, je pense qu'il faut une cartographie par territoire. Mme Ammi parlait de territoire, j'en ai parlé tout à l'heure à propos de cette illisibilité, il faut prendre en charge les 10 territoires et essayer de composer, je pense, une cartographie pour chacun de ces 10 territoires.

Il faut, je pense, continuer à soutenir la première ligne telle qu'elle est en place actuellement. Si je reviens aux budgets, certainement que ces budgets de 252 millions d'euros – et peut-être plus à l'avenir – doivent continuer à se focaliser sur le travail de première ligne, mais petit à petit autrement. Je pense qu'il faut autrement travailler en psychologie de

première ligne, surtout avec les psychologues cliniciens conventionnés.

Le covid a révélé non seulement que nous manquions de prévention en santé mentale, mais que nous manquions aussi de prise en charge de première ligne, non pas adéquate, mais suffisante, puisque les centres de santé mentale et autres services, que ce soit en PMS ou dans d'autres systèmes d'accès aux soins, n'étaient pas suffisants. Le covid a révélé qu'il fallait non seulement faire de la prévention, mais soutenir davantage la première ligne. À ce moment-là, au niveau fédéral, il y a eu ce budget et cette construction de psychologues de première ligne conventionnés. Cela veut dire que ces psychologues conventionnés sont actuellement les psychologues qui gagnent le mieux leur vie et qui permettent de donner un accès à tous les patients qui ont besoin d'une psychologie de proximité.

L'inconvénient, c'est que, désormais que cette convention est bien en route, les psychologues qui sont sur le terrain ont pris en charge la masse de personnes qui manquaient de soins et qu'ils ont actuellement en traitement des troubles de seconde ligne. Cette première ligne est donc saturée de troubles variés, avec plus ou moins d'efficacité. Cela dépend de la sévérité des troubles. Disons que les troubles légers sont à la fois traités par ces psychologues conventionnés pour des prix très bas, mais à la fois des troubles un peu plus compliqués et que cela bouche l'accès de la première ligne à des patients qui ont uniquement besoin de soins de première ligne.

C'est pour cela que je propose qu'il y ait des relais pour alléger ces psychologues conventionnés de première ligne. Pour cela, il faut absolument conventionner des psychologues pour la deuxième ligne. Cela veut dire qu'il faut des psychologues conventionnés au 1733 et à l'hôpital. Actuellement, il y a certains psychologues qui sont conventionnés et qui sont conventionnés par l'INAMI, mais pas pour tous les troubles et pas pour tous les services, pas pour tous les besoins. Or, à l'hôpital, nous faisons aussi de la première et de la deuxième ligne. C'est pour moi une priorité.

Si je résume, il faut que nous ayons une cartographie qui permette, par territoire, que n'importe qui – les professionnels, les décideurs comme vous, les psychologues comme moi –, car si vous me demandez où je peux adresser telle ou telle personne, je vais devoir demander à mes collègues, je vais devoir aller dans l'association de psychothérapie dont je suis membre, je vais aller demander à notre coordinatrice psychosociale, et cetera. Je n'ai pas un accès à tous les psychologues de ma région. Je peux aller sur le site de la première ligne, Psynam, où je peux avoir la liste de mes collègues ; c'est très important, mais cette liste n'est pas complète. Je sais quand elle a des plages libres, j'ai son numéro de téléphone et c'est merveilleux, mais si j'ai toutes les indications, c'est-à-dire tous les services qu'ils

proposent, je sais d'office ce que je peux avoir et le patient aussi.

Pour tous les psychologues, et pas seulement la première ligne, mais aussi la deuxième ligne – je vais vous expliquer pourquoi par après –, il faut que je sache ce qu'ils font. Si vous avez quelqu'un qui traite les enfants, les parents, les adultes, le burn-out, les personnes âgées : laissez tomber. Ce n'est plus possible aujourd'hui d'être un psychologue polyvalent, sauf si vous décidez que vous avez un bagage supplémentaire, non seulement d'expérience et de pratique, et que vous décidez de faire des problèmes légers à modérés, c'est-à-dire l'objectif de la première ligne, alors cela va aller. Cependant, au-delà, sans financement, c'est-à-dire des psychologues conventionnés de deuxième ligne, en hôpitaux et de terrain, vous allez être débordés par des troubles que vous ne pouvez pas traiter, et des patients vont avoir en effet, à nouveau, un long trajet de soins.

On ne peut pas commencer de la deuxième ligne. Là-dessus, je rentre tout à fait dans le discours de Mme Duchêne. On ne peut pas faire de la deuxième ligne si l'on n'a pas de formation complémentaire.

Nous sommes extrêmement déçus, à tous les niveaux, de l'abolition du stage professionnel par notre ministre fédéral, M. Vandenbroucke. Le stage professionnel permettait aux psychologues d'avoir plus que 600 heures de stage de formation pratique. Quand j'ai terminé ma formation de psychologue clinicien, il y a très longtemps, j'avais eu 900 heures de stage. En attendant de chercher du boulot, j'ai pris sur moi et j'ai fait du bénévolat, mais dans des secteurs de ma profession. Quand j'ai eu mon premier boulot, j'ai pu présenter un cas en staff qui était impeccable et j'avais une connaissance des réalités de la vie. Donc, 600 heures de stage, c'est insuffisant. Il faut remettre sur pied le stage de pratique professionnelle et permettre qu'il y ait, dans un plus grand nombre de centres de formation, beaucoup plus de maîtres de stage en pratique professionnelle supervisée.

Il faut aussi augmenter le nombre de stages en premier et deuxième master. En général, en premier master, c'est 600 heures de stages. Après, en option, ce sont 300 heures de stages en deuxième master, mais il y en a qui choisissent des cours. Choisir des cours, c'est très bien parce que ce sont des cours ciblés, mais il faut bien savoir qu'un psychologue qui sort de l'université ne peut prendre aucune prise en charge complexe. Ce n'est pas possible. Or, certains se sont lancés dans des parcours d'indépendants qui font que vous pouvez vous débrouiller dans la vie et que vous gagnez bien votre vie ; c'est la première ligne. À un moment donné, il va y avoir une limitation par rapport à l'offre et sa pertinence.

Je vais passer à la formation. Il n'y a pas de pénurie de psychologues au niveau de la première ligne. Une fois que ce psychologue aurait un peu plus de pratique,

il pourrait se lancer. Il peut très bien analyser les problèmes, il peut faire de la guidance, du soutien et de l'accompagnement. Il peut prendre en charge de problèmes légers à modérés, c'est-à-dire du burn-out, des dépressions pas trop importantes, des troubles de l'adaptation, des problèmes de famille ou des problèmes individuels, mais pas trop importants. Tant qu'il n'y a pas trop de comorbidités, cela va. Après, il doit faire de la formation continue parce que l'on n'apprend pas tout à l'université. Si vous voulez travailler dans un centre de prise en charge de la violence sexuelle, vous êtes perdu quand vous sortez de l'université. Si vous êtes stagiaire à l'hôpital, que vous n'êtes pas bien encadré par l'équipe et que l'on vous dit : « Vous savez, Mademoiselle, j'ai des médicaments avec moi et j'ai envie de les prendre », si l'on ne vous dit pas qu'il faut collaborer en équipe, qu'il faut travailler avec l'assistant en psychiatrie et que vous ne le communiquez pas, c'est trop tard pour le patient.

Au niveau de la formation, ce qui est très important, c'est que vous devez lire et être formé par des centres de pratique adossés à des universités. Pendant un certain temps, j'ai eu des collègues qui ne lisaient rien. Ils commençaient à 9 heures du matin, ils faisaient leur boulot, ils rentraient à 17 heures et c'était fini. La formation continue des psychologues cliniciens est bien organisée par certains centres de formation qui sont adossés à des universités. Heureusement, ces centres de formation sont maintenant liés à des consortiums d'universités. C'est de plus en plus intéressant. Seulement, la suite n'existe pas. Comme nous ne sommes pas lisibles en deuxième ligne, nous ne sommes pas lisibles en hôpital, nous ne sommes pas lisibles non plus pour l'agrément de nos formations. Il n'y a pas d'agrément.

Je peux faire toutes les formations que je veux. Sur le site du SPF Santé, je sais que je peux rentrer mon portfolio. Maintenant, si vous demandez au SPF Santé combien de portfolios de psychologues sont remplis, c'est maigre à mon avis. On peut faire des tas de formations, mais quelles sont les formations agréées pour dire que nous continuons à être de bons cliniciens, que nous continuons à être à jour pour avoir une pratique basée sur l'épreuve, qui est ciblée pour les problèmes, qui est faite pour les bons patients et au bon moment ? Pour nous, c'est essentiel.

Les conventions INAMI ne sont pas accessibles à tous ; elles sont ciblées sur des pathologies précises et pas des problématiques transdiagnostiques. Par exemple, le diabète est une maladie grave qui est souvent corrélée à l'obésité et qui a des conséquences très graves sur la santé. Il existe une convention adulte pour le diabète, mais uniquement pour ceux qui sont porteurs de pompe à insuline ; pas pour les autres. Or, nous savons que l'adhésion au traitement diabétique, c'est compliqué pour des tas de patients. Il n'y a pas de convention pour adultes pour cela.

Il y a un autre problème, et je suis désolée d'en parler ici. Il y a une convention pour adultes dans l'hôpital où je travaille, et elle est à mon nom parce que je m'occupe beaucoup de tout ce qui est en lien avec le métabolisme et les troubles alimentaires. Depuis que mon nom est sur cette convention, je vois deux patients, depuis deux ans. Je me demande où est parti l'argent de cette convention. La convention est là pour aider des patients, et je voudrais aider plus de patients. Je pense que les endocrinologues sont débordés de travail. Les infirmières qui s'occupent des plaies des pieds des personnes diabétiques ou les diététiciennes qui s'occupent des pompes à morphine n'ont pas le temps de demander au patient s'il s'en sort pour gérer son traitement. Les médecins ne peuvent pas m'envoyer parce qu'ils n'ont pas le temps. Je dis parfois à mes collègues psychologues : « vous savez, heureusement que je n'ai jamais voulu faire médecine, parce que quand je vois comme à l'hôpital, ils sont débordés et crevés, je me demande comment ils font ».

Le SPF Santé publique nous demande, à nous, psychologues, de nous occuper des sevrages des psychotropes. Pas de problème. Je veux bien faire de la psychoéducation sur les benzodiazépines. Je n'ai pas appris cela à l'université, mais pendant ma formation de troisième cycle en psychothérapie. À ce moment-là, on n'avait pas de stage professionnel. Je veux bien informer le patient, mais si c'est le généraliste qui lui a prescrit, je ne peux pas aller contre le traitement. Je me dis que peut-être que mon patient a des maladies pour lesquelles les benzodiazépines sont peut-être importantes. De toute façon, je ne veux pas faire le sevrage de benzodiazépines en consultation. Je peux organiser un sevrage d'alcool petit à petit, mais attention, je dois dire au patient qu'il va avoir besoin de valium, donc je dois collaborer avec le médecin généraliste. Je ne vais pas m'inscrire dans la convention d'arrêt des psychotropes ou de diminution des psychotropes si je n'ai pas à côté un médecin qui peut me dire : « Attendez, Madame Mertens, oui, d'accord, mais avec ses douleurs chroniques, je pense que la benzodiazépine aide un peu. C'est une dame très anxieuse, elle n'arrête pas de frotter chez elle. Peut-être que cette benzodiazépine ou alors l'antidépresseur, qui est un peu anxiolytique et qui a un effet sur la myorelaxation, va aider ». Vous voyez ? Je veux bien faire plaisir au SPF Santé, mais cela ne va pas. Quand vais-je téléphoner au généraliste ? Le soir, parfois, j'ai un peu de temps, mais il est 18 h. C'est pour ma pratique indépendante.

Je vais aborder le travail à l'hôpital. Je vous dis ce que je fais sur un mi-temps et puis je ne parlerai plus de ma vie. Je suis maître de stage pour les masters un, je suis maître de stage pour les masters deux, je travaille avec les élèves de master trois pour les psychologues qui font une formation en psychothérapie cognitive et comportementale. J'ai fait la formation pour être maître de stage en pratique professionnelle supervisée. J'ai eu mon agrément de la Communauté française en 2025.

Cette même année, j'ai appris que je ne pourrai pas exercer mon activité de maître de stage de pratique professionnelle supervisée. Sur un mi-temps, j'ai une activité pour faire du boulot de qualité avec des stagiaires, des consultations, de temps en temps une réunion avec mes collègues pour les stagiaires.

Par rapport à des problématiques complexes, si jamais un stagiaire me dit : « Je doute par rapport à une prise en charge » et qu'il est 21 heures, il peut m'appeler sur mon GSM. Si jamais j'ai des personnes qui sont en consultation ambulatoire – parce que je fais beaucoup d'ambulatoire pour l'hôpital –, je sais que, si j'ai en face de moi quelqu'un qui risque de faire une tentative de suicide, je suis auprès de mon GSM. J'ai une patiente qui m'a dit un jour : « Madame, vous savez que, quand mon frère mourra – c'est la dernière personne de sa famille –, je vous appellerai ». Je lui ai dit : « Oui, vous m'appellerez ». Quand cette patiente s'infligeait des automutilations, elle m'appelait. Elle se coupait, elle m'appelait. Elle se faisait recoudre chez son généraliste et, entre-temps, c'est moi qui l'avais au téléphone. Pour ces trucs, je ne suis jamais payée.

(Réaction de M. le Président)

Si j'illustre de cette manière, c'est surtout pour vous montrer la complexité clinique ainsi que le besoin de formation, de prise en charge et de collaboration avec d'autres soignants.

Le troisième lien qui peut faire la force de la réorganisation des soins de santé mentale, c'est le fait d'avoir un DPI qui est bien protégé par rapport à la déontologie et qui permet de partager beaucoup plus d'informations ou d'avoir une espèce de ligne qui nous permet de beaucoup plus communiquer par rapport aux dossiers, aux prises en charge et aux trajets de parcours. À nouveau, il faudra mettre en place des postes qui permettent de faire des échanges entre certains lieux de formation et soutenir toutes ces concertations que nous pourrions avoir à la fois avec les médecins généralistes et les médecins psys spécialisés en hôpital et puis les autres services, qui pourraient être des relais entre la première ligne et l'hôpital, c'est-à-dire les centres hospitaliers de jour et les services intégrés, de telle sorte que tout ce qui ne peut pas être pris en charge en ambulatoire puisse l'être au niveau de thérapies de groupe ou de centres thérapeutiques de jour, que ce soit pour les adolescents, les adultes ou certains parents qui ont du mal dans la vie de tous les jours. Je pense que je peux résumer de cette manière.

M. le Président. – Je précise à nos collègues que nous reprendrons nos travaux à 14 heures 30 et que le salon des parlementaires est ouvert.

La parole est à M. Adam.

M. Stéphane Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège (ULiège). – Vous espérez donc que je finisse à 14 heures 30, ce que je comprends. J'avais prévu 16 heures 30. N'êtes-vous pas trop fatigué ? N'avez-vous pas de migraine ? J'ai fait semblant d'être empathique et de m'intéresser à vous, ce qui m'amène au premier point. J'ai essayé de structurer les réponses. J'ai à peu près une trentaine de points, dont sept ou huit principaux.

Le premier de ces points répond à plusieurs interpellations de manière générale. C'est la question de la formation. On pourrait dire de multiples choses. Il y a déjà beaucoup de choses qui ont été dites là-dessus. Pour ma part, j'ai plutôt évoqué le peu de considération par rapport au vieillissement dans les formations. C'est quand on dit : « Les vieux » tout seuls. Si l'on dit : « Vieux et maladie d'Alzheimer », « vieux et handicap » ou « vieux et psychiatrique », vous multipliez le dénominateur « Absence » par 4 232, c'est-à-dire que ce sont les publics invisibilisés encore plus, la double stigmatisation et encore moins existant dans les formations de façon générale.

Tout qui travaille en maison de repos dira que le but, c'est améliorer la qualité de vie de leurs usagers. Aucun professionnel du secteur n'a jamais eu une seule heure de cours dans leur vie sur ce qu'est la qualité de vie d'une personne âgée, qui plus est d'une personne âgée souffrant d'une maladie telle que la maladie d'Alzheimer. Il y a donc une intention et une absence complète d'outils pour formaliser cette intention. Vous rentrez dans le domicile d'une personne âgée atteinte d'une maladie d'Alzheimer, dont on vous dit en plus qu'elle a des troubles du comportement. Par exemple, c'est comme rentrer dans le domicile d'une personne dont on vous a dit qu'il est schizophrène, alors que vous n'avez jamais eu une seule heure de cours dans votre vie sur la schizophrénie. Vous envoyez vite un texto à vos proches en disant : « Adieu, peut-être que je ne reviendrai pas », parce que vous allez vous retrouver dans une situation complètement inédite et vous allez vous dire que les schizophrènes, ce sont parfois des meurtriers, et cetera.

Le deuxième écueil – assez transversal dans pas mal d'éléments qui nous touchent, tout comme dans certains témoignages qui relèvent de la question du suicide ou de médecins qui communiquent par rapport à un problème d'alcool d'un proche ou autre –, c'est que tous les professionnels du secteur médical – spécialistes, médecins généralistes, tous les paramédicaux, infirmiers, infirmières, kinés et les psys – ont des contenus de formation qui consistent à apprendre des savoirs, des techniques, des procédures et des actes. On dira que cela correspond à peu près à 95 % du contenu des formations qu'ils vont avoir. Vous prenez n'importe quelle journée type de travail de n'importe quel de ces professionnels, peut-être que 20 % du temps va être d'appliquer des savoirs, des techniques et des

procédures ; 80 % du temps, c'est parler à un collègue, parler à une famille ou parler à un patient. Or, on n'a pas été formé à communiquer et donc à avoir une communication empathique comme ce que j'essayais de vous montrer, avec les codes de communication et la transmission d'une information ? Par exemple, quand on soumet ces enregistrements à des patients et qu'on leur parle comme à un petit vieux, ils ont moins confiance dans le médecin et seront moins enclins à prendre le traitement. Ils vont donc moins adhérer au traitement. En d'autres termes, on leur prescrit un traitement dont la probabilité qu'ils le prennent est plus faible en raison du problème de communication.

Maintenant, on vous fait des chirurgies du nez ou une ablation de la thyroïde sous hypnose. Cela veut dire que je ne vous touche pas, je ne fais que vous parler quoi. Oui, il y a un gros problème aussi dans la formation, à savoir l'absence de formation à la communication ; j'étendrais cela même sur l'étendue de la vie. On parlait des technologies, avec les gens qui communiquent de moins en moins ou par leur tablette. D'ailleurs, soyez bons élèves, n'hésitez pas vous-même à ne pas être tout le temps sur vos écrans. Je dis cela parce que j'ai la mise en abyme. Moi-même, je dis à mes gosses : « Ne faites pas ci » et je suis avec mon téléphone à côté. C'est un peu comme si je disais : « Tu ne fumeras pas », la cigarette à la main. De nouveau, ce n'est pas top en termes de communication, mais je pense que la culture qui est en train de se transformer dans un sens négatif, c'est-à-dire que l'on tue la communication d'une certaine façon, d'humain à humain. Il faut la recultiver dès les maternelles, dans les écoles primaires et dans les écoles secondaires, avec des sensibilisations à la communication empathique, l'attention à l'autre, à l'émotion de l'autre et à mon comportement qui contamine l'autre. Cela doit se faire à tout âge et en tout temps, et ce, encore plus amplifié dans le secteur des soins ou le secteur de l'aide à la personne de façon générale.

On évoquait aussi la question des troubles du comportement. C'est toujours la même chose, je n'ai aucune formation à la gestion des troubles du comportement. En quoi consiste comprendre un comportement et l'observer ? L'observation est aussi un outil majeur clinique. J'observe comment vous réagissez ou pas à ce que l'on dit ou pas. Je vois les pupilles dilatées à gauche ou à droite, et cela me permet de m'adapter et de réagir à cela. Tout cela se fait uniquement sur base de l'observation. Je vais dans une salle d'attente et je vois un patient. J'en apprend déjà beaucoup. La manière dont vous êtes habillé m'en dit beaucoup sur qui vous êtes. La manière dont vous décidez votre domicile en dit beaucoup sur qui vous êtes. J'en apprend déjà beaucoup en ne parlant pas, mais en observant. Je parle pour la psycho parce que je ne sais pas ce qu'il en est pour la médecine de façon générale, mais il y a encore des éléments sur lesquels « il y a moyen de ». C'est un outil essentiel pour la gestion des troubles du comportement.

Quelqu'un m'a interpellé sur les formations dans les maisons de repos. Vous dites qu'il y a de la formation sur l'âgisme ; il y a bien une petite offre – j'en fais partie –, mais pouvoir en disposer, c'est autre chose. Néanmoins, nous faisons nous-mêmes pas mal de formations. Je n'aime pas trop le dire parce que je n'ai pas envie de faire du « commerce », mais le logo qui est sur mon support, c'est LyAge pour Live Your Age – et Liège. Créatif un jour, créatif toujours. C'est une start-up que l'on a lancée à l'ULg, avec un collaborateur, sous impulsion de la Région wallonne, pour essayer de compenser les lacunes de formation du secteur. On répond à des sollicitations d'accompagnement, beaucoup dans les maisons de repos, entre autres. Le constat, c'est que les gens trouvent que c'est intéressant et veulent changer. Cela a été un des projets après la crise covid : six structures ont été candidates pour se transformer dans une approche plus comme à la maison que comme à l'hôpital. Deux ans d'accompagnement et de formation. Le constat est qu'elles ont fait un petit bout du chemin. Aux États-Unis, ils essaient de se transformer depuis les années 80 : depuis 2006, c'est impulsé par l'équivalent de l'AViQ, c'est donc institué financièrement. On est 46 ans plus tard, 15 % des structures ont fait un peu plus des trois quarts du chemin. C'est un changement. Pourquoi le changement est-il si lent ? Quand je vais dans une maison de retraite pour les former, je suis psychologue, je suis devant des infirmiers et infirmières qui se demandent ce qu'un psychologue va leur apprendre. Je dois leur dire que je vais leur désapprendre pour apprendre autrement parce qu'ils ont été déformés dès la formation, je dois leur dire qu'ils n'ont pas été formés. Vous imaginez bien que la formation doit intégrer les formations de base des structures, sans quoi la transformation est difficile ou très lente.

Je suis touché par la discussion sur le fonctionnement en silos et la visibilité. C'est encore pire dans le domaine du vieillissement, qui est paradoxalement la discipline la plus jeune. Je suis officiellement le premier professeur de psychologie du vieillissement à l'Université de Liège. Je n'ai aucune fierté particulière. J'ai été engagé en 2010 ; avant moi, il y avait Michel Ylief – à 20 %. Sur 200 étudiants qui sortaient de psycho, une dizaine avaient peut-être eu un ou deux cours sur la personne âgée. Maintenant, il y a une vraie option. Cela répond à une autre question sur la formation. Les pys ont une formation générale commune, puis ils choisissent des options et orientations : famille, adolescents, psychologie systémique, et cetera. On ne peut pas être spécialisé en tout. Il y a des psychologues généralistes qui vont orienter – un peu comme le médecin généraliste –, en cas de problème majeur, vers un psychologue spécialisé qui correspond mieux à la problématique de la personne. On a écrit un bouquin avec des collègues français et canadiens pour dire que la psychologie du vieillissement est une discipline à part entière. Aborder la personne âgée n'est pas aborder un adulte, un adolescent ou un enfant.

L'offre d'accompagnement en santé mentale, dans le domaine du vieillissement, est absolument illisible. Je ne sais pas ce que vous en pensez, comme médecin généraliste. Même des gens qui travaillent à Liège ne savent même pas que l'on existe et que l'on fait de la consultation de soutien aux aidants. Je ne connais pas moi-même, comme spécialiste du vieillissement, tout ce qui est proposé. Il y a une telle absence que chacun y va de sa petite initiative propre et personnelle, de son côté, sans qu'il y ait une sorte de mise en commun. Avec une de mes collaboratrices, Coline Crutzen – qui a fini sa thèse il y a peu –, on avait le projet de créer une plateforme, l'équivalent de ce que l'on a fait pour les aidants proches. On a formé des psys à faire les aidants proches. Sur notre site, vous rentrez votre code postal et vous savez, dans un rayon de x kilomètres, quels psys font du soutien aux aidants proches et sont formés sur un socle commun de formation. L'idée est d'étendre cela à l'ensemble de ce qui peut être proposé en termes de santé mentale. D'ailleurs, ce qui est proposé n'est pas nécessairement toujours fait par des psys. Cela peut être du répit, une personne à domicile – comme le propose l'ASBL Baluchon Alzheimer – ou plein d'autres choses qui ne sont pas toujours portées par un psychologue.

Cette plateforme permettrait à un médecin, lorsqu'il cherche une disposition, de regarder ce qui existe dans un certain rayon autour du domicile de la personne à partir de son code postal. En expliquant un peu la problématique à laquelle est confronté le patient, la patiente ou l'aidant, on trouverait une série de propositions d'accompagnement. Il reviendrait alors à la personne concernée de voir, dans ce qui est proposé, ce qui correspondrait le mieux. On pourrait s'attendre à ce qu'un tel dispositif existe déjà – peut-être sous la coordination de l'AViQ –, mais force est de constater que ce n'est pas le cas. On a déjà formulé une demande visant à déterminer le coût de développement de cette plateforme : même si l'on veut y intégrer de l'IA, on serait sur des budgets autour de 60 000 à 70 000 euros.

L'avantage d'une plateforme de ce type, c'est qu'elle permettrait de filtrer ceux qui peuvent y entrer. Par exemple, on pourrait refuser une personne qui joue du didjeridoo et qui pense que, en usant de son inspiration, elle peut résoudre vos problèmes de santé mentale par la vibration de son instrument. Bref, on pourrait filtrer ce qui est sérieux ou légitime et ce qui l'est moins. Ainsi, ceux qui ne seraient pas présents sur cette plateforme n'existeraient pas, ce qui donnerait à tout le monde un grand intérêt à y être. Je pense que ce serait déjà une façon – en tout cas, à l'échelle du vieillissement, que je connais mieux – de créer une meilleure lisibilité de l'offre à une échéance relativement courte, sachant que, pour développer une plateforme de ce type et la faire vivre, il faut compter un an pour la lancer et probablement deux ans pour qu'elle s'alimente.

Il y a un point sur lequel je suis peut-être moins d'accord – ce n'est pas grave, on prendra une bière ensemble après quand même –, qui a été évoqué à de

nombreuses reprises et dont j'ai moi-même beaucoup parlé. On parle souvent des maisons de repos en ayant exclusivement en tête, dans la manière d'analyser les choses, le fait que les problèmes sont dus à un manque de ressources financières ou humaines. Je rêve de pouvoir un jour lancer un projet que l'on pourrait qualifier de projet pilote ou de centre d'excellence, c'est-à-dire la création, à partir d'une page blanche, d'une maison de repos qui serait la maison de repos idéale. Sur la base de la littérature scientifique, nous pensons sincèrement qu'il est possible de faire mieux sans que cela coûte plus cher. Je serais même enclin à dire que cela coûterait moins cher.

Dans le rapport, comme plusieurs intervenants – dont Mme Roberty – l'ont souligné, on indique que beaucoup de personnes sont de plus en plus dépendantes en maison de repos. C'est vrai. Toutefois, une étude suisse a montré que, si vous prenez des gens qui ont un niveau de dépendance modéré à sévère en maison de repos et si vous calculez, dans une journée ou une semaine type, le temps qu'ils consacrent techniquement à recevoir un acte de soin, en réalité, cela représente très peu de temps. Or, dans un établissement qui compterait 30 résidents avec un niveau de dépendance modéré, la direction doit engager cinq équivalents temps plein d'infirmiers et infirmières ; 5,2 équivalents temps plein d'aides-soignants ; un kiné-ergo-лого ; 0,1 professionnel de réactivation qui peut être un psy, un éducateur ou que sais-je.

Il y a donc trop de soignants. Je sais que, chaque fois que je dis ce genre de choses, les corporations d'infirmiers et infirmières vont me tomber dessus en disant que les infirmiers font un travail extraordinaire. Bien sûr, mais ils sont trop nombreux. Pour le même niveau de dépendance dans le secteur du handicap, qui est porté par la même administration – l'AViQ –, c'est un équivalent temps plein d'infirmier ou infirmière – c'est trop peu, par contre. Il est vrai qu'il y a une pénurie d'infirmiers et d'infirmières, bien sûr, sauf qu'il y en a trop dans les maisons de repos et qu'il faut plus de professions de santé mentale ou d'éducateurs et éducatrices, comme c'est le cas dans le secteur du handicap. Cela permettrait déjà de lever une série de pressions, notamment au niveau de l'engagement, car il est extrêmement difficile de trouver des gens.

Cela m'amène à dire que, dans les maisons de repos, comme le rapport l'indiquait déjà, il doit y avoir une réflexion sur le changement des normes. Je constate que cela prend du temps et je ne m'explique pas toujours ces délais. Je vais vous donner un exemple de norme complètement débile – je me permets le terme – dans les maisons de repos. Vous rentrez en bonne santé en maison de repos et, pour des raisons de soins, d'hygiène ou de sécurité, vous ne pouvez plus mettre la tête dans une cuisine pour cuisiner. Avec l'âge, il est clair que je risque de postillonner dans la soupe et de provoquer une septicémie généralisée ; ou alors, un couteau en main, je risque de blesser un voisin ou de me couper le doigt.

Sauf que, quand je deviens Alzheimer grabataire, j'intègre une unité spécialisée que l'on appelle CANTOU, dans laquelle la législation impose qu'il y ait une cuisine au centre de la pièce parce qu'il serait important pour votre cerveau de cuisiner. De qui se fiche-t-on ? Je me souviens de pas mal de parlementaires qui disaient : « Ce que vous dites, c'est du bon sens ». Eh oui, bon sang de bonsoir, *c'est todi l'même* et cela n'a pas bougé.

Dans le secteur du handicap, on impose de fonctionner par unités de vie de 10 personnes, et l'on impose que, dans chaque unité de vie, il y ait une cuisine pour que les personnes en situation de handicap puissent cuisiner. Ce sont des choses qui me laissent dubitatif, mais qui n'évoluent pas assez ou pas encore assez. Maintenant, il commence à y avoir des psys en maison de repos, mais c'est sur initiative propre des structures. C'est donc sur fonds propres, cela leur coûte de l'argent. L'AViQ a une initiative qui consiste à tester des psys en maison de repos ; c'est très bien en soi, mais c'est tellement évident qu'il n'y a pas besoin de tester. Changeons la norme et les normes d'encadrement.

Au niveau du domicile, j'entendais « mieux détecter » chez l'un d'entre vous. Ma mémoire est ce qu'elle est ; on devient ce que l'on étudie – j'ai peut-être Alzheimer. Mme Roberty parlait du suicide – c'est bien elle. Pour ce qui est du suicide des personnes âgées, il y a moins de tentatives de suicide avec l'âge, mais, par contre, quand elles essaient, elles réussissent. L'acte est donc bien réfléchi.

De manière générale, la santé mentale et la prévention dans le vieillissement se font à domicile. Il y a eu une autre consultation, et je renvoie à un autre rapport qui avait été sollicité par le Gouvernement Borsus – en Économie et Santé, avec Christie Morreale à l'époque – sur la *silver* économie en Région wallonne. C'était une équipe interdisciplinaire, il y avait plein d'interlocuteurs – dont je faisais partie. Dans ce rapport, un des éléments que je continue à trouver pertinent, c'est la question de la création de nouveaux métiers. Face au vieillissement démographique, il y a une adaptation à faire et énormément de nouveaux métiers à créer. C'étaient, entre autres, des concierges de quartier. À mon avis, ce serait un peu l'équivalent des aides familiales ou à domicile, mais en version 2.0. Pour moi, les professions telles que celles-là répondent à un double enjeu de société :

- d'une part, avoir une présence sur site auprès des seniors ou d'autres publics fragilisés – handicap, psychiatrique ou autre ;
- d'autre part, cela permet d'offrir de l'emploi d'utilité sociale majeure à des personnes peu qualifiées.

Cela répond à un double objectif. Naturellement, ces personnes n'auront pas nécessairement tous les bagages nécessaires pour la détection en santé mentale, mais elles vont être accompagnées.

Je renvoie à une autre initiative, celle des plateformes de répit que j'évoquais dans ma présentation. Je connais bien ces plateformes, puisque, dans le cadre d'un projet européen Interreg, auquel était associée l'AViQ – c'était avant le covid –, j'avais fait la formation des psychologues français et belges pour l'accompagnement des aidants et les psychologues, du côté français, étaient ceux qui étaient actifs dans les plateformes de répit. Il y avait un petit module de formation – qui a fait l'objet d'une virtualisation – qui était destiné aux psychologues pour former ou être des relais des partenaires du terrain pour leur dire : « Voilà les signes de détresse visibles, perceptibles, observables », sans avoir à passer un questionnaire ou à formaliser. Cela permettait de dire : « Pour moi qui suis au domicile et qui vois des choses, cet aidant est à risque de décompensation psychologique ». À ce moment-là, cela permettait aussi de dire : « Si vous êtes d'accord, je transmets vos coordonnées ; il existe une plateforme qui pourrait vous être utile ou vous aider ».

L'articulation, ce sont des concierges de quartier avec un relais pris en charge par un professionnel de santé mentale – psychologue ou autre – qui permet de les sensibiliser à ces enjeux : quels signes cliniques observables sur le terrain permettent de dire qu'il y a un risque de suicide ? Le risque de suicide, chez une personne âgée, se verbalise parce que je vous assure qu'elle en parle assez spontanément. Il y a un signal d'alarme à tirer et des choses de ce type. Ce sont des professions qui me semblent peu coûteuses en déploiement, mais d'une utilité importante.

Je participe à un autre projet, sous l'égide de la Région wallonne et financé par l'Europe, portant sur toutes les technologies qui ont équipé les maisons de personnes âgées pour la détection de chutes et d'autres éléments de ce type. Jusqu'à présent, ces technologies ne sont absolument pas matures, mais on peut s'attendre à l'avenir à des versions 2.0, 3.0. J'avais fait une publication avec des collègues canadiens, où l'on avait équipé un appartement avec des capteurs et l'on demandait à une personne âgée d'occuper cet appartement une demi-journée. Elle avait des tâches à faire, comme se préparer une omelette, entre autres, et tout était enregistré par les capteurs. On a pu montrer que le temps qu'une personne âgée ouvre une armoire pour observer ce qu'il y a dedans, se saisir de l'objet qu'elle cherchait, le sorte et ferme l'armoire était prédictif d'un début de maladie d'Alzheimer. Plus le temps était long, plus c'était indicateur que la personne souffrait d'une maladie d'Alzheimer. Cela soulève des enjeux majeurs d'éthique et des éléments assez importants de société, mais je pense qu'à terme, effectivement, la technologie sera un apport. Pour autant, selon mes valeurs personnelles, elle ne doit jamais remplacer l'humain.

Il y a deux patates chaudes que l'on se ramasse dans la figure, là maintenant, et qui renvoient de nouveau à ce que vous disiez, Madame Roberty. Il s'agit des

psychiatriques âgés et des personnes en situation de handicap âgées. Avant, une personne trisomique vivait 35 à 40 ans ; maintenant elle vit 65 à 70 ans. Avant, un parent se demandait comment il allait digérer le deuil de son enfant ; maintenant il se demande ce que va advenir son enfant passé son décès. Cela relève des nouveaux enjeux de société auxquels personne n'est préparé. On fait des formations dans le secteur du handicap pour essayer de croiser nos connaissances du vieillissement avec leurs connaissances du handicap et voir comment on fait pour gérer cela au mieux sans répéter les erreurs commises dans le développement des institutions pour personnes âgées.

Il faut être conscient de cela parce que, pour le moment, la maison de repos devient un peu le « fourre-tout », c'est-à-dire que l'on y place tous ces publics – personnes psychiatriques âgées parce que les psychiatres disent qu'elles ne dépendent plus d'eux, et cetera. On renvoie alors vers la maison de repos, qui devient un fourre-tout, qui renvoie à plein de choses extrêmement hétérogènes et met tout le monde en souffrance et en difficulté, puisque cela augmente la complexité de leur accompagnement de façon globale.

On parlait de syndrome de glissement. Je vais donner un exemple d'une étude. Il s'agit d'un directeur dans une maison de repos aux États-Unis, dans les années 80. C'est déjà une vieille étude et elle ne pourrait plus se faire maintenant pour des enjeux éthiques et de comité d'éthique. Enfin, elle existe. Un directeur va dans un étage et, dans le discours qu'il prononce auprès des habitants qui ont une maladie d'Alzheimer débutante – 50 personnes –, il encourage l'autodétermination, c'est-à-dire la capacité laissée à la personne de décider de faire des choix pour elle-même. Dans un autre étage, le même directeur fait un discours à 50 habitants qui ont plus ou moins les mêmes qualités, mais tue dans l'œuf toute velléité d'autodétermination. Dans un cas, il dit : « Nous voulons que vous soyez heureux ici, nous allons aménager les chambres pour qu'elles soient les plus confortables. C'est nous qui savons ce qui est bon pour vous. Écoutez-nous », dans un rapport descendant classique. Dans l'autre étage, le directeur dit : « Vous pouvez aménager les chambres comme vous le souhaitez. Le personnel peut vous aider dans ce sens ».

Un film est projeté le jeudi et le vendredi. C'est le même film. Dans un étage, on dira : « Nous viendrons demander tout à l'heure à chacun si vous souhaitez voir le film et, si oui, si vous préférez le voir le jeudi ou le vendredi ». Dans l'autre étage, on leur dit : « Nous viendrons dire à chacun la séance qui vous a été attribuée ». Ce sont ainsi plein d'éléments de discours.

Que constate-t-on ? Plusieurs semaines après le discours, les résidents de l'étage où l'on ne leur laisse pas le droit de cité s'éteignent, ils participent moins aux activités qui sont proposées. Il y a moins de gens qui vont voir le film de cinéma quand on leur a imposé la

séance que quand on leur a demandé de choisir la séance. Un an et demi après, il y a deux fois plus de décès dans l'étage où l'on n'a pas laissé le droit de cité aux personnes. Elles se sont éteintes dans tous les sens du terme.

C'est ce qu'il s'est passé pendant le covid. Pour des raisons de soin, d'hygiène et de sécurité, on a d'abord géré la crise d'un point de vue épidémiologique et autre. Je ne juge pas, car nous étions tous un peu dans la mouise. Qu'a-t-on fait ? On a géré la crise de manière très médicale, en restreignant nos libertés de choix d'accéder aux commerces ; en instaurant des bulles familiales composées d'un pelé et de deux tondus, et cetera. Conséquence : augmentation des problèmes de santé mentale et du risque de suicide au niveau populationnel. Ce qui est vrai pour les personnes âgées est vrai pour nous. Si l'on nous enlève la capacité à faire nos choix personnels, on s'éteint. Certaines études ont suggéré que les structures qui ont aux États-Unis particulièrement bien géré la crise covid en cooptant, en isolant les personnes en chambre, ont vu une diminution des décès liés au covid, mais, en parallèle, plusieurs mois après, une augmentation des décès de personnes qui se sont éteintes, dans tous les sens du terme. La question du contrôle qu'on laisse sur la vie des personnes âgées est un enjeu politique et de société majeur ; les études montrent que plus on avance en âge, moins on a le sentiment d'avoir le contrôle sur sa vie. Et là, je parle de personnes âgées qui vivent à domicile. Il y a un enjeu : comment redonner du contrôle sur leur vie aux personnes âgées ?

On a beaucoup parlé de territorialité. Peut-être un point : il y a énormément de téléconsultations maintenant. On enlève la limite géographique. Cela existe, et cela s'est particulièrement fait pendant le covid puisqu'il ne fallait plus se déplacer. On faisait donc de la téléconsultation, en visio, voire même simplement par téléphone. Cela existait déjà bien avant ; quand vous vivez dans des pays comme le Canada, les distances géographiques sont telles que c'est parfois le seul recours. Les études suggèrent que l'impact thérapeutique dans pas mal de domaines – anxiété, dépression et autres – est quasiment identique en téléconsultation par rapport aux consultations en présentiel. Je ne suis pas pour 100 % de téléconsultations, mais je pense qu'en cas de contraintes de territorialité, l'encourager est important.

J'ai participé, avec la Mutualité neutre, à un nouveau dispositif, « Déclic psy », qui a été lancé en janvier dernier. Le but est de proposer gratuitement trois consultations d'orientation un peu généralistes, en première ligne, en téléconsultation. Nous avons été assez surpris. Au départ, on avait formé 10 ou 12 psys pour faire ces trois consultations. Dès le mois de février, à l'arrache, on a dû recontacter d'autres psys pour les former parce que la demande était telle que nous étions incapables de l'absorber avec la première volée. Il faut pouvoir utiliser ce type d'outil. À l'échelle du

vieillesse, c'est encore plus évident ; la téléconsultation, oui, mais le contact téléphonique est déjà en soi une réponse.

J'avais mis un huitième point : la formation des psys, mais cela a déjà été beaucoup discuté. Je suis sensible à ce que vous disiez sur le fait que la formation ne s'arrête pas après cinq ans. Clairement, et là, il faut l'instituer, au même titre que les médecins doivent se chiquer des formations à long terme, les GLEM par exemple – je ne sais pas si c'est obligatoire. Bon, parfois, quand j'étais invité à un GLEM, on demandait moins le nom de l'orateur que du traiteur. Je rigole et je taquine. Au moins, il y a de la formation. Les psys doivent rentrer dans ce type de dispositif.

M. le Président. – Il me reste à vous remercier tous les trois de nous avoir éclairés ce matin.

Je remercie M. le Ministre, qui est toujours présent lors des auditions, d'être resté avec nous.

La séance est suspendue.

- La séance est suspendue à 14 heures 8 minutes.

REPRISE DE LA SÉANCE

- La séance est reprise à 14 heures 47 minutes.

M. le Président. – La séance est reprise.

Avant de reprendre nos travaux, je tiens tout d'abord à vous prier de m'excuser de ne pas avoir su gérer le temps ce matin, mais c'était très compliqué parce que le thème était extrêmement intéressant. Dès lors, chaque orateur a voulu y aller de son dépassement de temps. Je crois que nous avons passé une belle matinée avec des personnes très intéressantes et que vous avez pu poser toutes les questions que vous souhaitiez, ce qui est l'essentiel.

PROJETS ET PROPOSITIONS

Projet de décret modifiant l'article 275 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, transposant partiellement la directive 2024/1346 du 14 mai 2024 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale et clarifiant les conditions d'admissibilité aux prestations visées au Livre IV (Doc. 614 (2025-2026) N° 1)

M. le Président. – L'ordre du jour appelle l'examen du projet de décret modifiant l'article 275 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, transposant partiellement la directive 2024/1346 du 14 mai 2024 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale et clarifiant les conditions d'admissibilité aux prestations visées au Livre IV (Doc. 614 (2025-2026) N° 1).

Désignation d'un rapporteur

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

Je me permets de vous préciser qu'il s'agira d'un rapport verbal, l'urgence ayant été accordée par la Conférence des présidents pour l'examen du projet de décret en séance plénière le mercredi 15 juillet.

La parole est à M. Jacqmin.

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Je propose Mme Vandorpe comme rapporteuse.

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

Exposé de M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Mesdames et Messieurs les Députés, je vous remercie de me laisser la parole pour vous présenter ce projet de décret en vous rappelant quelques éléments de contexte. En 2024, le Parlement européen a adopté un nouveau Pacte sur la migration et l'asile avec un ensemble de nouvelles règles régissant la gestion des migrations et établissant un régime d'asile commun à

l'échelle de l'Union européenne. Ce pacte est opérationnalisé par cinq règlements et une directive.

Je viens aujourd'hui vous présenter le projet de décret visant à transposer la directive 2024/1346 pour les matières relevant de la Région wallonne et pour lesquelles il est nécessaire de compléter la législation en vigueur. Cette directive, reprise dans le Pacte sur la migration et l'asile, votée par le Parlement européen en 2024, vient élargir le champ d'application des droits auxquels les demandeurs d'asile en situation de handicap peuvent prétendre, la directive imposant aux États membres une attention particulière envers les publics vulnérables et une prise en compte de leurs besoins particuliers.

En effet, les demandeurs de protection internationale doivent avoir un accès effectif au marché du travail ainsi qu'à des conditions matérielles d'accueil et de soins de santé qui garantissent un niveau de vie adéquat protégeant leur santé physique et leur santé mentale. Or, pour l'instant, seuls les réfugiés reconnus et les apatrides sont éligibles aux prestations sociales régionales rendues par l'AViQ. Le projet de décret vise dès lors à permettre aux demandeurs de statut de réfugié et de statut de protection subsidiaire de profiter des prestations de l'AViQ pendant l'ensemble de la période de traitement de leur demande.

Le texte soumis vise donc uniquement à ouvrir la recevabilité des demandes d'aide assurées par l'AViQ à plus de personnes sans modifier ni les conditions des aides ni les aides existantes. En effet, en l'état actuel du droit, seuls les réfugiés reconnus et les apatrides sont éligibles. Nous voulons, à travers ce décret, permettre aux demandeurs de statut de réfugié et de statut de protection subsidiaire de profiter pleinement de ces éléments.

Plus concrètement, nous visons ici quatre points :

- l'accès aux services d'hébergement ;
- l'accès au travail en entreprise de travail adapté ou ETA ;
- les primes dans l'emploi ordinaire, notamment les aménagements de travail ;
- les aides de maintien à domicile et à l'autonomie.

Par ce fait, la transposition vient modifier l'article 265 du CWASS en intégrant les demandeurs de protection internationale dans les bénéficiaires visés, en consacrant la question des mineurs d'âge et en réécrivant l'article afin de le rendre plus compréhensible.

Enfin, l'ouverture des droits aux demandeurs de protection internationale aura un impact budgétaire non quantifiable précisément à ce stade. Il dépendra du nombre effectif de nouvelles demandes et de la variabilité des interventions, telles que les conditions et les procédures. Toutefois, cet impact est estimé comme faible, car cette mesure s'adresse à un faible nombre de

demandeurs concernés, qui varie entre 10 et 40 par an, selon les informations données par Fedasil. Ces mesures pourront donc être assurées par les budgets de l'AViQ existants et le nombre de demandes sera bien entendu monitoré par l'AViQ.

Avec cette directive, l'Union européenne réaffirme que les demandeurs de protection internationale doivent avoir un accès effectif au marché du travail, mais aussi à des conditions matérielles d'accueil et des soins de santé qui garantissent un niveau de vie adéquat protégeant la santé physique et la santé de l'ensemble des personnes concernées.

Discussion générale

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

Mme Sabine Roberty (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour l'exposé de ce projet de décret qui vise à assurer la transposition partielle d'une directive européenne issue du Pacte européen sur la migration et l'asile. Celui-ci a suscité de nombreux débats et comporte encore plusieurs limites. Toutefois, le cœur du débat aujourd'hui ne porte évidemment pas sur la politique migratoire européenne, mais bien sur une modification du CWASS qui va permettre aux demandeurs de protection internationale – vous en avez cité les deux volets – d'obtenir des aides relevant de l'AViQ.

Les avis annexés au projet de décret sont globalement favorables. Ils attirent néanmoins l'attention sur un enjeu essentiel : les moyens financiers qui devront être consacrés à la mise en œuvre de cette extension des droits. Le comité de branche Handicap de l'AViQ et le Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap insistent tous les deux sur la nécessité de garantir un financement adéquat afin que ces nouvelles missions puissent être assumées dans de bonnes conditions.

Dans le contexte des récentes mesures d'économie qui ont été imposées à l'AViQ, cette préoccupation nous paraît pleinement légitime. Vous avez indiqué que, aujourd'hui, une estimation concrète de l'impact financier de cette réforme est non quantifiable ; on veut bien l'entendre. Néanmoins, pouvez-vous garantir que l'AViQ disposera bien des moyens nécessaires – même faibles – pour mettre en œuvre ces nouvelles dispositions sans que cela se fasse au détriment d'autres bénéficiaires ? Des moyens complémentaires sont-ils prévus afin d'accompagner cette extension des droits, comme le recommande le Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap ?

Le CESE recommande un monitoring de la mise en œuvre de cette réforme. Un tel suivi est-il prévu au sein de l'AViQ ? Le cas échéant, selon quelles modalités ?

La transposition de la directive devait survenir le 12 juin. On est donc un peu en retard. Pouvez-vous expliquer les raisons de ce dépassement de délai et de l'impact qu'il pourrait avoir ? Cela ne fait qu'un mois, mais il y a peut-être des questions à se poser. Quel serait l'impact de ce non-respect du timing ?

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

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Monsieur le Ministre, notre Parlement est amené à se prononcer sur un texte qui comprend des évolutions positives par rapport à un public : les demandeurs de protection internationale en situation de handicap faisant face à des conditions de vie particulièrement lourdes.

Dès lors qu'il s'agit de transposer partiellement une directive européenne, nous devons néanmoins rappeler à quel point cette directive européenne, plus connue sous le libellé de Pacte européen sur la migration et l'asile, est dans l'absolu hautement problématique. Je parle du texte dans sa généralité. Comme nous l'avons exprimé lorsqu'il a été approuvé, ce pacte est, pour les écologistes, indigne des valeurs européennes parce qu'il bafoue les droits fondamentaux des personnes migrantes, crée des situations de non-droit aux frontières européennes et ne répond pas aux enjeux posés par les questions migratoires. Ce texte, rappelez-vous, a notamment consacré la possibilité de détenir des migrants, des enfants et des familles, aux frontières de l'Europe, souvent dans des conditions d'insalubrité inacceptables. Il est important de le rappeler aujourd'hui parce que c'est totalement inacceptable. Pour les écologistes, il serait temps que l'Europe remette la dignité humaine au cœur de son action.

Cependant, à côté de cela, la transposition proposée aujourd'hui constitue un pas dans la bonne direction puisqu'elle étend le périmètre des personnes doublement fragilisées par un handicap et par un parcours migratoire en leur permettant de bénéficier de prestations de l'AViQ. Le Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap, le CESE et l'AViQ ont remis des avis positifs en formulant des points d'attention, notamment celui de la fin de la prise en charge si le statut de réfugié est refusé.

Je voudrais particulièrement relayer ce questionnement du Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap sur l'impact d'un refus du statut de protection internationale. Pour reprendre les termes de l'avis : « Le conseil estime qu'il serait inadmissible de retirer le bénéfice des prestations régionales en matière de handicap à une personne qui se voit refuser le statut de protection internationale parce que ce refus ne met pas fin à la situation de handicap. Tant que la personne en situation de handicap reste sur le territoire wallon, il nous semble qu'elle doit pouvoir continuer à bénéficier des prestations régionales, quelle que soit l'évolution de son statut ».

Monsieur le Ministre, je ne vais pas prétendre que vous étiez en phase avec le texte européen, car ce n'est pas du tout mon propos. Je vois que nous avançons dans la bonne direction. Disposez-vous d'une estimation, à la lumière de statistiques relatives aux dernières années, par exemple, du nombre de demandeurs ou de demandeuses de statut de réfugié et de statut de protection subsidiaire en situation de handicap, qui pourront dès lors désormais bénéficier des prestations de l'AViQ ? Avez-vous des chiffres sur ces dernières années ? Ce serait intéressant de pouvoir nous les communiquer.

De quelle manière avez-vous répondu aux avis, notamment celui du Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap, relativement à la prise en charge d'individus dont la demande aurait été refusée, mais qui résideraient toujours en Wallonie ? C'est une extension de ma première question.

Enfin, le CESE souligne que l'article 3 envisage l'extension de l'accès à d'autres bénéficiaires. Il est indiqué que l'ajout de la condition du calcul des années de résidence régulière et ininterrompue de cinq ans à partir de l'obtention d'un titre de séjour illimité pourrait s'avérer problématique dans certaines situations. L'assouplissement suggéré par le CESE est-il envisageable et possible ?

M. le Président. – La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Chers collègues, le projet de décret qui nous est soumis vise à transposer une directive européenne afin de permettre aux demandeurs de protection internationale en situation de handicap d'accéder, pendant l'examen de leur demande, aux prestations de l'AViQ. Toutefois, notre responsabilité est aussi de veiller à ce que cette extension de droits ne se fasse pas au détriment des bénéficiaires actuels ou futurs de l'AViQ. Aujourd'hui, de nombreuses personnes en situation de handicap font face à des délais importants, à un manque de place dans certains services et à des besoins qui ne sont pas toujours suffisamment rencontrés.

L'ouverture des prestations à un nouveau public suscite une inquiétude : les moyens suivront-ils ? Sans financement et sans renforcement des capacités de l'AViQ, nous risquons d'allonger les délais de traitement, d'accentuer la pression sur les services et de fragiliser les personnes que nous accompagnons déjà. Plusieurs instances consultatives ont rappelé que l'on ne pouvait pas ouvrir de nouveaux droits sans prévoir les moyens budgétaires.

J'entends, Monsieur le Ministre, que vous n'avez pas encore une évaluation exacte. C'est pourquoi je vais vous soumettre des amendements visant à renforcer le suivi de ce décret, à garantir une évaluation de ses effets et à protéger la qualité des services rendus par l'AViQ.

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

Mme Alice Bernard (PTB). – Chers collègues, ce projet de décret va dans une direction que le PTB soutient, même si le Pacte européen sur la migration et l’asile fait l’objet de beaucoup de débats et de questionnements, et même de rejet pour beaucoup de ses aspects. Il est tout simplement indigne de la condition humaine.

Ce qui nous occupe aujourd’hui est un aspect bien spécifique puisque ce projet de décret permet aux demandeurs de protection internationale en situation de handicap d’accéder aux prestations de l’AViQ pendant l’examen de leur demande. C’est une avancée importante parce qu’une personne ne cesse pas d’être en situation de handicap quand son dossier administratif est en cours. La personne a besoin d’aide maintenant. Elle peut avoir besoin d’un logement adapté, d’un accompagnement, d’une aide matérielle ou d’un accès à des services spécialisés. De ce point de vue, nous soutenons le principe du projet de décret. C’est une question de dignité humaine, mais c’est aussi une question d’égalité. Le handicap ne dépend pas de la nationalité ou du statut administratif.

Nous relevons positivement le fait que le texte protège les mineurs et qu’il prévoit que les aides individuelles déjà octroyées ne seront pas récupérées si la demande de protection est refusée. C’est la moindre des choses : on ne va pas demander à une personne de rendre une aide technique dont elle a besoin pour vivre.

Nous voulons aussi pointer plusieurs aspects qui nous posent question.

Le premier concerne la continuité des droits. Le texte prévoit que, si la demande de protection internationale est refusée, les prestations continuent seulement pendant 30 jours. Or, le refus d’un statut ne fait pas disparaître le handicap. Si la personne reste sur le territoire wallon, ses besoins restent là. Le Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap l’a dit clairement : il faut éviter toute perte brutale des droits pour des personnes particulièrement vulnérables. Monsieur le Ministre, pourriez-vous donc envisager une prolongation de ces aides ?

Un deuxième aspect porte sur le budget et les moyens. Ouvrir un droit sans prévoir les moyens suffisants, c’est prendre le risque d’un droit théorique. L’AViQ est déjà sous pression. Les listes d’attente existent. Les services manquent de moyens. Si de nouvelles demandes arrivent, même en nombre limité, il faut un financement spécifique ; sinon, on mettra les publics vulnérables en concurrence entre eux, ce qui, pour notre part, n’est pas acceptable. Quels moyens supplémentaires allez-vous consacrer pour financer le dispositif ?

Un troisième aspect, c’est l’accès réel au dispositif d’aide. Dans la pratique, comment une personne sera-t-elle orientée vers l’AViQ ? Quel rôle va jouer Fedasil ?

Quel accompagnement sera prévu ? Y aura-t-il des délais raisonnables et des travailleurs disponibles ? Un droit n’est en effet réel que si la personne peut effectivement l’utiliser.

Enfin, plusieurs avis soulignent que d’autres personnes étrangères en situation de handicap domiciliées en Belgique risquent encore de rester exclues des prestations régionales. Avez-vous une vue sur le nombre de personnes étrangères exclues des aides régionales ? De quelle façon avez-vous prévu de répondre à leurs besoins ? Pour nous, toutes les personnes porteuses de handicap doivent recevoir de l’aide.

En conclusion, nous voterons pour ce texte parce qu’il étend des droits à des personnes qui en ont besoin, mais nous demandons au Gouvernement trois garanties : un budget suffisant, un suivi annuel transmis au Parlement et une solution pour éviter les ruptures d’aide après 30 jours. En matière de handicap, pour le PTB, la dignité ne peut jamais dépendre d’un statut administratif.

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

Mme Mathilde Vandorpe (Les Engagés). – Ce texte constitue la transposition nécessaire d’une directive européenne dans un délai assez court. L’urgence est motivée par le délai de transposition de la directive de l’Union européenne. L’objectif est d’avancer le plus vite possible et que le texte finisse son parcours dans l’intérêt des bénéficiaires et de la Région wallonne.

On a parlé des règles, des obligations et des objectifs wallons imposés par le droit européen et international déjà appliqués par l’administration ou explicités en toute transparence pour les usagers. Comme l’a indiqué M. le Ministre, on est dans la clarification de l’article 275 du CWASS pour améliorer sa lisibilité sans en modifier la portée ou les conséquences.

On est dans l’extension des droits des demandeurs de protection internationale pendant le traitement de leur demande, dans la mesure où ceux-ci peuvent prétendre à des interventions relevant des compétences de l’AViQ. Il s’agit de personnes particulièrement désignées dans la directive comme étant des demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d’accueil, ce qui nécessite d’opérer une transposition partielle de la directive par l’entremise du texte d’aujourd’hui.

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

Mme Stéphanie Thoron (MR). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour la présentation de votre projet de décret. En effet, il s’agit d’un pacte qui se décline à travers la directive et qui renforce les droits des demandeurs de protection internationale en mettant un accent particulier sur les personnes à besoins

spécifiques, ce qui est le cas des personnes porteuses de handicap.

Les obligations européennes nous imposent de garantir un accès effectif des conditions matérielles d'accueil et de soins protégeant la santé physique et mentale de ces personnes. Cela impacte concrètement nos services d'hébergement, l'accès au travail au sein des entreprises de travail adapté ainsi que les primes à l'emploi en milieu ordinaire.

Je ne doute pas que vous avez toutes les assurances, Monsieur le Ministre, mais, par rapport au fait que la transposition était fixée au 12 juin, y a-t-il des conséquences pour les demandeurs en situation de handicap actuellement sur le territoire wallon ? Y a-t-il un risque de sanction financière de la part de la Commission européenne pour ce petit dépassement ?

Le Conseil consultatif wallon des personnes en situation de handicap ainsi que le comité de branche Handicap de l'AViQ ont tous deux approuvé la philosophie d'extension des droits. L'Inspection des finances note que l'impact est qualifié de faible et impossible à quantifier. L'extrapolation basée sur les chiffres d'Eurostat et du CGRA évoque la présence potentielle de plusieurs centaines de personnes. Vous avez parlé de 10 à 40 par an, si je ne me trompe.

Pouvez-vous nous confirmer que le financement est bien pris en charge dans le budget général de l'AViQ sans qu'il y ait un préjudice sur d'autres politiques ? Un accord de collaboration ou un protocole d'échange de données statistiques est-il formellement planifié entre l'AViQ, le CGRA et Fedasil afin de piloter et monitorer l'impact financier réel au cours des prochains mois ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Je vous remercie, Mesdames et Messieurs les Députés, pour vos questions et votre intérêt.

Madame Thoron, il n'y a pas de mise en demeure de la Commission européenne par rapport au retard. Nous pouvons être rassurés parce que nous sommes quasiment les premiers à faire cette transposition à l'échelle européenne. C'est pour cela que nous accélérons le processus aujourd'hui. Il n'y a donc pas d'inquiétude à ce stade.

Nous faisons une transposition partielle en nous concentrant essentiellement sur les prestations relevant des compétences de la Région wallonne qui n'intégraient pas encore ce public particulier dans la législation wallonne.

Concernant certains articles – les articles 19, 22, 24 et 25 de la directive –, l'assurance de protection sociale wallonne assure une couverture dans le coût des

prestations et les interventions visées à l'article 43/7 du Code wallon de l'action sociale et de la santé. Aucune modification n'est donc envisagée.

Cet article concerne – je voudrais les citer parce que ce sont nos compétences – l'aide à la mobilité, le prix de l'hébergement, le financement de certains appareillages des services médicotéchniques lourds en hôpital, la revalidation, les prestations MR-MRS et centres de soins de jour, les prestations de soins à domicile, les séjours en IHP, la concertation autour des patients psychiatriques à domicile, les soins palliatifs et l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique visé.

En effet, en légiférant par renvoi à la loi fédérale, ont droit à cette assurance les personnes qui ont droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé, c'est-à-dire celles visées à l'article 32 de la loi du 14 juillet 1994.

Les personnes sous statut de protection internationale en Belgique sont déjà admissibles à l'assurance soins de santé INAMI. Dès lors, elles le sont également pour l'assurance protection sociale wallonne à partir du moment où elles sont domiciliées sur le territoire de la région de langue française.

Concernant les impacts budgétaires, plusieurs d'entre vous m'ont interrogé à ce sujet. L'ouverture des droits aux demandeurs de protection internationale aura un impact budgétaire estimé comme faible. Cet impact existe en raison de l'extension des conditions d'admissibilité. Cependant, compte tenu du nombre de nouvelles demandes attendues et de la variabilité des interventions, les conditions et les procédures, cet impact demeure impossible à quantifier de manière exacte à ce stade.

Nous savons que cette mesure s'adresse à un nombre faible de demandeurs concernés – on a parlé d'une variation entre 10 et 40 personnes par an – selon les informations qui sont données par Fedasil. Le financement est complètement pris en charge sur le budget actuel de l'AViQ. Ces mesures pourront donc être assurées sur les budgets de l'AViQ existants.

Concernant la procédure concrète de demande et d'analyse, l'AViQ est ainsi tenue d'analyser les demandes d'aide des demandeurs d'asile ayant des besoins particuliers après l'évaluation de ces besoins par le niveau fédéral, c'est-à-dire Fedasil. C'est donc bien Fedasil qui envoie à l'AViQ. La procédure est la suivante :

- les personnes qui arrivent sur le territoire belge et qui introduisent une demande de statut de réfugié ou de protection subsidiaire sont pris en charge par Fedasil ou le CGRA qui vérifie si elles sont en droit de solliciter une protection internationale ;

- le projet de texte prévoit que, si certaines personnes résidant sur le territoire de langue française ont besoin d'un accompagnement ou d'une aide en raison de leur état de santé, Fedasil pourra les aiguiller vers l'AViQ pour solliciter les aides individuelles et collectives existantes – accueil, hébergement, aide matérielle, et cetera – selon les conditions légales actuelles ;
- ces aides sont octroyées à titre temporaire durant le temps de traitement de la demande de protection internationale. Fedasil indique que la durée moyenne de traitement des demandes de protection est de 18 mois, mais qu'elle peut aller jusqu'à cinq ans vu les retards. Sauf erreur, Fedasil est en train de recruter des renforts pour pallier ces retards ;
- enfin, elles peuvent ensuite être perpétuées selon le régime déjà existant, dans le cas où la demande de protection est acceptée. Ces aides sont octroyées à titre temporaire durant le temps de traitement de la demande de protection internationale. Ensuite, le droit s'éteint avec une période de transition de 30 jours, aligné à celui de Fedasil, ou se perpétue dans le régime classique d'aide existant déjà octroyé par l'AViQ.

Que se passe-t-il si la réponse à la demande est négative ? Lorsque plus aucune voie de recours n'est possible, le droit aux aides régionales s'éteint après 30 jours. Ce délai permet aux demandeurs de protection internationale qui ont essuyé un refus de ne pas perdre abruptement le bénéfice des aides. Ce délai a été fixé en conformité avec le dispositif prévu dans la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et certaines autres catégories d'étrangers. Le bénéficiaire ayant obtenu une décision négative pour son statut de réfugié ne doit pas rembourser les aides obtenues. Les demandeurs ne seront néanmoins plus admissibles à une nouvelle demande d'aide matérielle au-delà de ce délai de 30 jours.

En termes de monitoring, en complément à la prise en charge de ces personnes, un suivi de la mise en œuvre de la directive sera assuré par l'AViQ qui veillera à monitorer le nombre et la nature des demandes introduites dans le champ d'application de la directive en en dénombrant, parmi celles-ci, celles qui ont été acceptées. Nous disposerons ainsi d'informations très claires et de chiffres.

Il n'y a pas d'échange de données par rapport au monitoring de certains aspects entre Fedasil, le CGRA et l'AViQ, mais des coopérations existent entre les structures. Je ne sais pas si elles ont signé des protocoles – ma conseillère pourra me le dire –, mais, quoi qu'il en soit, elles sont en échange. À ce stade, il n'y a pas une officialisation de l'échange de données.

Concernant les remarques du Conseil d'État, le groupe nominal intitulé « à partir de l'obtention d'un titre de séjour illimité » a été supprimé du projet. La section concernée reste donc dans sa version existante.

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

Mme Sabine Roberty (PS). – Je remercie M. le Ministre pour ses réponses.

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

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Monsieur le Ministre, je vous remercie pour vos réponses ainsi que d'avoir écouté les acteurs de terrain puisque, si j'ai bien compris, la partie de phrase que vous avez évoquée en dernier a été supprimée, ce qui est une bonne chose. Vous avez répondu à l'entièreté de mes questions. Cette partie du texte est une transposition utile et positive, même si l'entièreté de ce texte – qui ne concerne pas notre débat aujourd'hui – reste extrêmement problématique à nos yeux.

M. le Président. – La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour vos réponses.

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

Mme Alice Bernard (PTB). – Je remercie M. le Ministre pour les réponses qu'il a apportées.

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

Mme Stéphanie Thoron (MR). – Monsieur le Ministre, en effet, vous avez répondu à tout. Je me doutais bien que vous aviez les assurances par rapport à la transposition, mais nous voilà rassurés. Je tiens à vous féliciter si vous faites partie des premiers. Bravo et bon travail !

M. le Président. – Des amendements n° 1 à 3 (Doc. 614 (2025-2026) N° 2) sont déposés.

Plus personne ne demandant la parole dans la discussion générale, je la déclare close.

Avant de procéder au vote, nous allons devoir patienter quelques instants en raison d'un petit souci technique dans la reproduction des amendements.

La séance est suspendue.

- La séance est suspendue à 15 heures 19 minutes.

REPRISE DE LA SÉANCE

- La séance est reprise à 15 heures 22 minutes.

M. le Président. – La séance est reprise.

PROJETS ET PROPOSITIONS

(Suite)

**Projet de décret
modifiant l'article 275 du Code wallon de
l'action sociale et de la santé, transposant
partiellement la directive 2024/1346 du
14 mai 2024 établissant des normes pour
l'accueil des personnes demandant une
protection internationale et clarifiant les
conditions d'admissibilité aux prestations visées
au Livre IV
(Doc. 614 (2025-2026) N° 1)
(Suite)**

Examen et vote des articles

M. le Président. – Je vous propose de passer à l'examen et au vote des articles du projet de décret modifiant l'article 275 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, transposant partiellement la directive 2024/1346 du 14 mai 2024 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale et clarifiant les conditions d'admissibilité aux prestations visées au Livre IV (Doc. 614 (2025-2026) N° 1).

Art. 1^{er}

L'article 1^{er} ne fait l'objet d'aucun commentaire.

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité des membres.

Art. 2

À cet article, des amendements n° 1 à 3 (Doc. 614 (2025-2026) N° 2) sont déposés par Mme Aït Alouha.

Ces amendements ne font l'objet d'aucun commentaire.

L'amendement n° 1 (Doc. 614 (2025-2026) N° 2) est rejeté par 6 voix contre 1 et 3 abstentions.

L'amendement n° 2 (Doc. 614 (2025-2026) N° 2) est rejeté par 6 voix et 4 abstentions.

L'amendement n° 3 (Doc. 614 (2025-2026) N° 2) est rejeté par 6 voix contre 1 et 3 absentions.

L'article 2 est adopté à l'unanimité des membres.

Vote sur l'ensemble

M. le Président. – Nous allons voter sur l'ensemble du projet de décret modifiant l'article 275 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, transposant partiellement la directive 2024/1346 du 14 mai 2024 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale et clarifiant les

conditions d'admissibilité aux prestations visées au Livre IV (Doc. 614 (2025-2026) N° 1).

À l'unanimité des membres, la Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale recommande l'adoption du projet de décret par l'assemblée plénière.

Confiance au président et au rapporteur

M. le Président. – À l'unanimité des membres, il est décidé de faire confiance au président et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

Pétition contre les économies sur le secteur du handicap et de l'inclusion

M. le Président. – L'ordre du jour appelle l'examen de la pétition contre les économies sur le secteur du handicap et de l'inclusion.

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 Mme Vandorpe.

Mme Mathilde Vandorpe (Les Engagés). – Je propose Mme Jacqmin comme rapporteuse.

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

Présentation de la pétition

M. le Président. – M. Adrien Monsieur a introduit une pétition en ligne le 27 octobre 2025 contre les économies sur le secteur du handicap et de l'inclusion.

Cette pétition a été clôturée le 27 avril 2026 et a recueilli 37 signatures.

Elle n'a donc pas atteint le seuil visé par l'article 127.6 du règlement qui dispose que, lorsqu'une pétition est signée par au moins 1000 signataires âgés de 16 ans accomplis et qu'elle formule une question concrète à propos d'un sujet relevant de la compétence de la Région ou visant ses intérêts, l'auteur de la pétition ou tout autre signataire désigné à cette fin a le droit d'être entendu en commission.

La Commission peut toutefois décider d'auditionner l'auteur de la pétition ou tout autre signataire désigné à

cette fin si la pétition est signée par un nombre inférieur de signataires.

Je vous rappelle que l'article 127.6 du règlement dispose que la commission saisie d'une pétition peut décider de demander un rapport au Gouvernement. Elle peut également soumettre la question au médiateur.

Échange de vues

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

Mme Mathilde Vanderpe (Les Engagés). – En effet, cette pétition ne comporte que peu de signatures, ce qui n'empêche pas que le sujet ait toute son importance et que M. le Ministre soit attentif aux enjeux soulevés dans la pétition. J'insiste sur le fait que ce n'est pas parce que l'on n'entend pas le pétitionnaire et que l'on ne travaille pas de manière plus approfondie sur cette pétition que cela signifie que l'enjeu ne mérite pas de discussion. La preuve est que nous interrogeons régulièrement M. le Ministre sur ce sujet et que nous discutons régulièrement des différents points abordés dans cette pétition. Le sujet n'est donc pas mis de côté, mais la pétition ne recueille pas le nombre suffisant de signatures. Toutefois, l'intérêt porté au dossier tant par l'ensemble des députés que par M. le Ministre et son cabinet est important.

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

M. Vincent Palermo (MR). – Je rejoins les propos de ma collègue, Mathilde Vanderpe. En effet, il faut une équité : 1 000 signatures, c'est 1 000 signatures. Néanmoins, le sujet est particulièrement important. J'indique que M. le Ministre est sensibilisé à cette cause et au fait que l'AViQ doit être efficace et efficiente. D'ailleurs, je le remercie, car il fait de nombreuses visites sur le terrain qui continueront. Ce n'est pas du tout, loin de là, lié au fait que le sujet n'est pas important ; au contraire. Cependant, il y a des règles à respecter. On continuera à être attentifs à toutes ces matières, à faire en sorte de relayer des questions, voire à faire des visites de terrain en compagnie de M. le Ministre.

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

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Il est important de garder plus qu'un œil attentif sur la question du handicap et de l'inclusion.

J'aimerais attirer l'attention du ministre sur la question des repas dans les écoles spécialisées pour enfants en situation de handicap. J'ai visité, il n'y a pas longtemps, l'École clinique de Montignies-sur-Sambre, qui a un indice socioéconomique négatif. Je ne savais même pas que cela existait. Il s'agit d'écoles accueillant des enfants dont les parents vivent en moyenne en dessous du seuil de pauvreté. La décision de la

Fédération Wallonie-Bruxelles de toucher aux repas gratuits a un impact très direct, d'une part, sur ces écoles pour enfants en situation de handicap et, d'autre part, sur le programme Manger Demain déployé dans les écoles.

Le moment des repas, quand ils étaient gratuits dans ces écoles, outre l'aspect financier, était particulièrement important dans l'apprentissage de l'autonomie aux enfants en situation de handicap. C'est l'un des points d'attention que les pétitionnaires ont amenés ici. J'attire l'attention sur la perte de ce moment de repas complet. Il s'agissait d'un repas identique pour tous les enfants qui se transformait en un moment d'apprentissage d'autonomie pour ceux-ci.

J'aimerais que vous ayez cela en tête, car, parfois, on travaille un peu en silos dans les Gouvernements, mais certains impacts sont transversaux. Je voulais donc attirer votre attention sur ces aspects pour les écoles extrêmement précarisées qui accueillent des enfants en situation de handicap.

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

Mme Sabine Roberty (PS). – Monsieur le Ministre, on ne pourra pas toujours être d'accord sur tout au sein de cette Commission. Je ne vais pas demander que l'on auditionne cette personne. Néanmoins, je n'aurai de cesse, avec mes collègues du groupe socialiste, de dénoncer les choix budgétaires pris par ce Gouvernement, qui impose des mesures d'économie dans le secteur du handicap et, plus largement, à l'AViQ, ce qui créera un creux supplémentaire en Wallonie à cause des choix politiques.

Vous nous dites souvent que l'on râle tout le temps en disant que les choses ne vont pas, mais on avait déjà dit que la réforme des droits d'enregistrement coûterait 295 millions d'euros par an et que la réforme des droits de succession, à partir de 2028, coûterait 400 millions d'euros par an. Des sous, il y en a. Malheureusement, on creuse toujours un peu plus dans nos politiques publiques liées à la santé, à l'action sociale, aux solidarités ainsi qu'à l'environnement, même si ce dernier point n'a rien à voir avec la question.

Je vous demande d'être très attentif. Le groupe socialiste n'aura de cesse de vous inviter à défendre le handicap dans vos matières – le handicap étant une matière hyper transversale – et d'essayer de ne jamais plus imposer de nouvelles mesures de restriction à l'AViQ.

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

Mme Alice Bernard (PTB). – En effet, cette pétition a recueilli 37 signatures, ce qui ne permet pas d'auditionner son initiateur, mais la question soulevée reste essentielle, car, derrière ces signatures, tout le monde imagine qu'il y a des personnes en situation de handicap, des familles, des aidants proches et des

travailleurs qui dépendent chaque jour de services qui sont déjà souvent sous pression. La pétition demande de préserver les moyens du secteur, notamment pour les services de répit, l'accompagnement et les projets inclusifs. Elle demande aussi que les acteurs de terrain soient réellement concertés avant toute décision. Ces demandes sont pleinement légitimes.

Or, comme vient de le dire la collègue du Parti socialiste, on doit constater que les choix budgétaires que vous faites avec le Gouvernement MR-Engagés ont des impacts. Les économies prévues à l'AViQ risquent d'affaiblir des services indispensables, d'allonger les listes d'attente et de reporter davantage la charge sur les familles. Par exemple, l'interdiction de cumul des allocations familiales supplémentaires liées au handicap d'un jeune et des allocations pour personnes handicapées – allocation de remplacement de revenus ou allocation d'intégration – est une mesure prise par votre Gouvernement qui impacte directement les familles. Pourtant, on sait très bien que ces allocations, telles qu'elles existaient avant les coupes, étaient déjà insuffisantes.

Même si l'on ne peut pas auditionner les initiateurs, nous estimons donc qu'il serait utile, comme M. le Président l'a suggéré dans son introduction, d'attirer l'attention du médiateur pour qu'il prenne le dossier en compte. Nous reviendrons sur ces dossiers du secteur du handicap dans la suite de la législature.

M. le Président. – Je vous propose les conclusions suivantes :

« Considérant que la pétition n'a recueilli que 37 signatures au regard de l'article 127.6 du règlement du Parlement de Wallonie ;

Considérant que le Parlement de Wallonie restera attentif aux éléments formulés dans la pétition et qu'il continuera à contrôler le Gouvernement ;

La Commission décide de clore l'examen de la pétition ».

La parole est à Mme Vandorpe.

Mme Mathilde Vandorpe (Les Engagés). – C'est une remarque que j'ai déjà faite lors d'une autre pétition : il vaudrait mieux indiquer « le Parlement et le ministre ». Je pense qu'il est important de l'ajouter.

M. le Président. – D'accord.

La parole est à Mme Bernard.

Mme Alice Bernard (PTB). – Pourrait-on éventuellement ajouter que l'on signale la situation au médiateur ou que l'on suggère aux initiateurs de prendre eux-mêmes contact avec le médiateur ? Il s'agit d'indiquer dans la réponse que le médiateur peut

éventuellement jouer un rôle par rapport à leurs préoccupations.

M. le Président. – Ayant l'habitude de le recevoir, nous pourrions peut-être lui en faire part lors de sa prochaine venue. Il vient nous voir en septembre. Ce sera peut-être le moment de le lui rappeler.

Je vous propose les conclusions suivantes :

« Considérant que la pétition n'a recueilli que 37 signatures au regard de l'article 127.6 du règlement du Parlement de Wallonie ;

Considérant que le Parlement de Wallonie restera attentif aux éléments formulés dans la pétition et qu'il continuera à contrôler le Gouvernement et le ministre ;

La Commission décide de clore l'examen de la pétition ».

Vote

M. le Président. – Les conclusions sont adoptées à l'unanimité des membres.

Confiance au président et au rapporteur

M. le Président. – À l'unanimité des membres, il est décidé de faire confiance au président et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

INTERPELLATIONS ET QUESTIONS ORALES

Question orale

de Mme Sylvie Muratore

**à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,**

**sur « l'impact de la réforme des aides à la
promotion de l'emploi (APE) sur les centres de
planning familial »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Muratore à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'impact de la réforme des aides à la promotion de l'emploi (APE) sur les centres de planning familial ».

La parole est à Mme Muratore pour poser sa question.

Mme Sylvie Muratore (PS). – Monsieur le Ministre, il nous revient que plusieurs centres de

planning familial s'inquiètent des conséquences de la réforme APE. Aujourd'hui, les APE financent plus de 100 ETP pour l'ensemble des centres en Wallonie, soit près d'un quart de l'emploi du secteur.

Selon les simulations des fédérations, une redistribution uniforme de l'enveloppe actuelle réduirait fortement les moyens de nombreux centres. Sur les 39 ASBL bénéficiant d'APE, 32 disposent actuellement de plus d'un ETP et pourraient perdre des financements importants, avec un risque réel de suppressions d'emplois et de diminution des permanences et consultations, alors même que les besoins, notamment en santé mentale, ne cessent d'augmenter.

Ces inquiétudes s'ajoutent à un sous-financement déjà présent et de possibles coupes budgétaires à venir en 2027 au sein de l'AViQ. En effet, les pistes proposées par l'AViQ indiquent une possible réduction des financements des centres de planning familial.

Quelle est l'orientation retenue par le Gouvernement concernant la réforme des APE pour les centres de planning familial ? Une évaluation de l'impact sur l'emploi et sur l'accès aux services a-t-elle été réalisée ? Comment le Gouvernement entend-il éviter que cette réforme ne fragilise davantage ce secteur et ne conduise à une réduction de l'offre de services à la population ? Enfin, envisagez-vous d'immuniser les centres de planning familial ou de prévoir des mesures spécifiques afin de préserver leurs moyens et leurs emplois ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Madame la Députée, je tiens tout d'abord à rappeler que la réforme des aides à la promotion de l'emploi s'inscrit dans une volonté de simplification, de transparence et de responsabilisation des politiques publiques, notamment par le rattachement des moyens financiers aux compétences fonctionnelles concernées.

À ce stade des travaux, il convient toutefois d'éviter toute conclusion hâtive quant aux conséquences concrètes de cette réforme pour les centres de planning familial. Il n'est en effet pas question à l'heure actuelle de procéder à une refonte complète des mécanismes de financement du secteur dès 2027.

L'orientation retenue consiste avant tout à rapatrier les moyens financiers actuellement affectés aux APE vers les ministres fonctionnels compétents. Cette évolution organisationnelle ne signifie pas pour autant une diminution automatique des moyens alloués aux opérateurs concernés, puisque les modalités précises de répartition et d'affectation de ces ressources continuent d'être travaillées actuellement avec les administrations et l'ensemble des secteurs concernés.

L'avant-projet de décret adopté en première lecture par le Gouvernement wallon prévoit d'ailleurs une période transitoire pour l'année 2027, et cette phase a précisément pour objectif de permettre une mise en œuvre progressive de la réforme, d'assurer la continuité des activités des opérateurs et d'éviter toute rupture brutale dans le financement des services rendus à la population.

S'agissant plus particulièrement des centres de planning familial, le Gouvernement est pleinement conscient du rôle essentiel que jouent ces structures en matière de santé sexuelle et reproductive, d'accompagnement psychologique, de prévention et de soutien aux publics les plus fragilisés. Les préoccupations exprimées par le secteur sont entendues et feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre des travaux en cours. Ma priorité est de construire un dispositif équilibré, soutenable et respectueux des réalités de terrain, tout en veillant à préserver la qualité et la continuité des services rendus aux citoyens.

À ce stade, aucune décision définitive n'a été arrêtée quant aux éventuelles adaptations qui pourraient intervenir après la période transitoire. Je peux néanmoins vous dire qu'à ce stade, Madame la Députée, il n'est pas envisagé pour l'année 2027 de réformer le modèle de financement applicable aux centres de planning familial, et que la période transitoire prévue dans l'avant-projet de décret vise précisément à sécuriser cette transition.

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

Mme Sylvie Muratore (PS). – Monsieur le Ministre, vous nous dites que tous les secteurs seront traités selon les mêmes critères, et c'est très bien. Le principe d'équité est naturellement légitime. Il ne doit toutefois pas conduire à ignorer les spécificités des secteurs. Les centres de planning familial répondent à des besoins qui ne cessent de croître, notamment en matière de santé mentale. Une réforme équitable est aussi une réforme qui tient compte des réalités du terrain et des missions exercées par chacun.

(Mme Jacqmin, Vice-Présidente, prend place au fauteuil présidentiel)

Question orale
de M. Jean-Pierre Lepine
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'avenir des bâtiments acquis dans le cadre
des projets « Territoires zéro sans-abrisme » »

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Lepine à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'avenir des bâtiments acquis dans le cadre des projets « Territoires zéro sans-abrisme » ».

La parole est à M. Lepine pour poser sa question.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Monsieur le Ministre, au sein du Plan de relance, le dispositif « Territoires zéro sans-abrisme » a permis l'octroi de subventions destinées à l'acquisition de biens immobiliers. Ces biens ont été financés intégralement par le Plan de relance sous réserve de conditions strictes d'affectation. Ils doivent être mis à disposition d'un public sans abri, mal logé et présentant des problématiques de santé mentale ou d'assuétudes.

Vous avez confirmé l'arrêt du dispositif « Territoires zéro sans-abrisme » au 15 novembre 2025, avec une période d'éligibilité pour les subsides s'étendant jusqu'au 31 décembre 2026. Cette échéance soulève la question de la pérennité de l'affectation des biens acquis et du risque que ce patrimoine immobilier soit réorienté vers d'autres usages, alors même qu'il a été financé pour répondre à un objectif social précis.

Dans un contexte de crise du logement pour les personnes les plus éloignées du logement, et sachant que les projets Housing First poursuivent des objectifs convergents en matière de stabilisation résidentielle, de réduction des risques et de rétablissement, une articulation entre ces dispositifs pourrait renforcer la cohérence et l'efficacité des politiques publiques.

Quelles garanties la Wallonie prévoit-elle pour assurer que les biens acquis dans le cadre des projets « Territoires zéro sans-abrisme » conservent leur affectation sociale au-delà du 31 décembre 2026 ? La Région envisage-t-elle de mettre ces biens à disposition des projets Housing First, afin de maintenir les conditions d'usage initiales et de soutenir ces dispositifs dans un contexte de pénurie de logements adaptés pour les publics les plus vulnérables ? Enfin, une stratégie régionale est-elle en cours d'élaboration pour inscrire durablement ce patrimoine immobilier dans la lutte contre le sans-abrisme ?

Mme la Présidente. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, l'appel à projets « Territoires zéro sans-abrisme » s'adressait à un public cible défini sur la base de la typologie ETHOS Light, cadre de référence utilisé tant au niveau européen qu'en Wallonie pour identifier les situations de sans-abrisme et d'absence de chez-soi. Cette typologie couvre notamment les personnes vivant dans l'espace public, celles hébergées en urgence ou dans des structures dédiées aux personnes sans domicile, les personnes maintenues en institution faute de solution de logement, ainsi que celles vivant dans des logements non conventionnels ou temporairement hébergées chez des proches en raison de l'absence d'un logement propre. Dans cette perspective, l'un des objectifs majeurs de cet appel à projets consistait à accroître l'offre de logements et de solutions d'hébergement à destination de ces publics particulièrement vulnérables.

Afin de garantir la pérennité des investissements réalisés, l'appel à projets prévoyait que tout bénéficiaire d'un financement en infrastructures soit titulaire, ou s'engage à devenir titulaire dans les six mois suivant la décision du Gouvernement, d'un droit réel de propriété, d'emphytéose ou de superficie sur le bâtiment ou le terrain concerné.

Les biens ainsi financés doivent conserver leur affectation au bénéfice du public cible pendant une durée minimale de 15 ans. À défaut, un mécanisme de récupération de la subvention est prévu, calculé au prorata de la période durant laquelle cette obligation n'aurait pas été respectée. Toute modification de la destination des bâtiments est par ailleurs soumise à l'autorisation préalable du Gouvernement.

Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des projets et de veiller à la bonne utilisation des investissements publics consentis, des comités d'accompagnement sont organisés jusqu'au printemps 2027. La proposition visant à envisager, à terme, une mobilisation de tout ou partie du patrimoine immobilier développé dans le cadre de cet appel à projets au bénéfice de dispositifs d'accompagnement tels que le Housing First présente un intérêt certain. Elle s'inscrit, en effet, dans une réflexion plus large relative à la pérennisation des investissements réalisés et à la poursuite de leur vocation sociale au bénéfice des personnes en situation de sans-abrisme ou d'absence de chez-soi.

Une telle piste pourrait contribuer à renforcer l'articulation entre l'accès au logement et l'accompagnement des personnes, en s'appuyant sur des dispositifs dont l'expertise en matière d'insertion par le logement est aujourd'hui largement reconnue. Elle fait également écho aux objectifs poursuivis par la Stratégie wallonne de sortie du sans-abrisme, que je porte conjointement avec Mme la Ministre Neven, notamment

en matière d'accès durable au logement et de prévention des parcours d'exclusion.

Cette réflexion apparaît d'autant plus pertinente que les investissements immobiliers réalisés dans le cadre de l'appel à projets « Territoires zéro sans-abrisme » mobilisent à la fois les leviers de l'Action sociale et ceux du Logement. Les perspectives de pérennisation et de valorisation de ce patrimoine appellent dès lors un examen conjoint avec Mme la Ministre du Logement, dans le respect des compétences de chacun.

Les évaluations en cours permettront utilement d'apprécier les résultats de cette expérimentation, d'en tirer les principaux enseignements et d'alimenter les réflexions relatives à l'avenir des infrastructures soutenues à l'échelle de la Région wallonne.

Dans le cadre de mes compétences, je veillerai à ce que ces enseignements contribuent pleinement à la mise en œuvre et au renforcement de la Stratégie wallonne de sortie du sans-abrisme, avec l'ambition de développer des réponses toujours plus structurelles, coordonnées et durables au bénéfice des personnes concernées.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Lepine.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Je vous remercie pour vos réponses parce que vous avez clairement défini le cadre avec ce public précarisé et les offres aux publics les plus vulnérables. Ce qui me réjouit, c'est le comité d'accompagnement qui va être créé et qui pourra suivre ce dossier de plus près. Cependant, ce qui m'intéresse surtout, ce sont les résultats escomptés. Je reviendrai vers vous en 2027 pour les connaître. Je conclus en vous félicitant pour l'intérêt que vous marquez pour cette problématique et les projets « Territoire zéro sans-abrisme ».

(M. Lepine, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

Question orale

de Mme Sabine Roberty

à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale,
sur « la réforme des aides à la promotion de l'emploi (APE) pour les relais sociaux »

Question orale

de Mme Veronica Cremasco

à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale,
sur « la fragilité du financement des relais sociaux pour sortir du sans-abrisme »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les questions orales à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, de :

- Mme Roberty, sur « la réforme des aides à la promotion de l'emploi (APE) pour les relais sociaux » ;
- Mme Cremasco, sur « la fragilité du financement des relais sociaux pour sortir du sans-abrisme ».

La parole est à Mme Roberty pour poser sa question.

Mme Sabine Roberty (PS). – Monsieur le Ministre, à la suite de la décision du Gouvernement de mettre fin au dispositif APE au 1^{er} janvier 2027 – dans quelques mois –, les ministres sont appelés à adopter des décrets fonctionnels par matière afin d'organiser l'avenir des subventions dans leurs départements respectifs.

En matière de sans-abrisme, alors que les relais sociaux n'ont à ce jour aucune garantie concernant l'adoption d'un décret permettant d'assurer le financement structurel de plusieurs de leurs missions, et ce, malgré l'engagement pris par vous-même à l'initial 2025, s'ajoute le flou concernant l'avenir de l'enveloppe APE.

Il me revient qu'à ce jour, le Gouvernement n'aurait pas encore tranché au sein de quel décret fonctionnel les relais sociaux seraient rattachés après le 1^{er} janvier. Étant organisés en intercommunale ou ASBL chapitre XII, les relais sociaux pourraient être rattachés soit au décret fonctionnel des Pouvoirs locaux chez le ministre Desquesnes, soit s'agissant de financements octroyés dans le cadre de l'Action sociale, ils pourraient également être attachés à un décret au sein de vos compétences.

Quelle est à ce jour l'orientation retenue par le Gouvernement concernant la réforme des APE, pour les relais sociaux en particulier ? Les moyens APE des relais sociaux seront-ils rattachés à l'enveloppe « Action sociale » ou à l'enveloppe « Pouvoirs locaux » ? Une évaluation de l'impact sur l'emploi et sur l'accès aux

services a-t-elle été réalisée ? Envisagez-vous d'immuniser les relais sociaux ou de prévoir des mesures spécifiques afin de préserver leurs moyens et leurs emplois ?

M. le Président. – La parole est à Mme Cremasco pour poser sa question.

Mme Veronica Cremasco (Ecolo). – Monsieur le Ministre, la Wallonie s'est engagée, comme d'autres pays, à sortir du sans-abrisme en 2030. Comme j'aime à le rappeler, même si cela devient peut-être une ritournelle, c'est le contenu de la Déclaration de Lisbonne de juin 2021. Il faut que nous honorions nos engagements.

Aujourd'hui, il y a presque 19 000 personnes sans abri ou sans chez-soi, dont 5 031 enfants. Les relais sociaux sont des acteurs essentiels dans les territoires pour coordonner la lutte contre le sans-abrisme, trouver des abris de nuit ou d'urgence pour les personnes, assister les associations et CPAS, notamment dans l'aide alimentaire et les soins de première ligne aux personnes en situation de grande vulnérabilité.

Au mois de septembre de l'année passée, nous avions une proposition de décret et une proposition de résolution pour renforcer ces fameux relais sociaux urbains et intercommunaux. Dans la foulée, le Gouvernement avait présenté son projet de renforcer, d'une part, les relais sociaux et, d'autre part, les maisons d'accueil et les abris de nuit. Si je le répète, c'est parce que je l'ai salué en son temps et que je suis un peu frustrée de ne pas voir arriver la concrétisation. C'est bien de s'engager, mais c'est mieux de concrétiser.

Lors des auditions du 21 avril dernier, nous avons entendu les différents acteurs, ce qui a renforcé ce point de vue qu'il y a urgence et qu'il manque de moyens. Vous disiez à ce moment-là que la continuité des missions des opérateurs concernés était garantie et qu'aucune modification décrétole ou réglementaire n'avait été adoptée. Cela voulait dire que les arrêtés du Gouvernement wallon n'étaient pas signés à ce stade.

Lors des auditions des acteurs de la sortie du sans-abrisme, un des intervenants disait précisément : « Aujourd'hui, l'incertitude sur les financements fragilise nos équipes et nos actions. Sans visibilité à long terme, il est difficile de planifier, d'innover ou de maintenir des services existants. Si des services ferment, si des équipes disparaissent, c'est du retour en rue, du retour dans vos rues et sans solution ». C'est pour cela que je reviens toujours ; on s'est engagés. Les conséquences de tout cela sont graves ; il va falloir un jour que l'on ait un réel engagement par rapport à ces arrêtés.

Ensuite, cerise sur le gâteau, les APE. Je ne sais pas pourquoi j'utilise cette expression qui n'est pas du tout adéquate, parce qu'il n'y a ni gâteau ni cerise. Un des autres financements des relais sociaux, ce sont les APE.

Sur les 181 équivalents temps plein dans les relais sociaux, ce sont 33,6 équivalents temps plein qui sont concernés, soit plus d'un sixième des emplois, alors qu'ils sont déjà à mal, qu'ils sont venus le crier ici.

Le ministre de l'Emploi prépare une réforme des APE qui devrait être effective au 1^{er} janvier 2027. Des décrets réceptacles seront préparés par les ministres fonctionnels, les relais sociaux urbains qui sont adossés en tant que chapitre XII aux CPAS des communes sont dans la certitude pour cette subvention.

Quand l'arrêté du Gouvernement wallon qui pérennise certains financements en faveur des relais sociaux va-t-il voir le jour ? S'il vous plaît, répondez-moi, je n'ai jamais de réponse à cette question. La subvention APE sera-t-elle traitée via leur statut du chapitre XII par le ministre des Pouvoirs locaux ou via leur action sociale dirigée vers les personnes sans abri et sans chez soi par le ministre des Solidarités ? Quand les responsables des relais sociaux seront-ils informés de manière définitive du sort qui leur sera réservé ? Je quitte le médiateur. La prévisibilité, c'est hyper important, et encore plus pour des services comme ceux-là. Comment assurer la pérennité du financement des relais sociaux dans ce contexte ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Mesdames les Députées, je partage pleinement vos préoccupations quant à la nécessité d'assurer aux relais sociaux la visibilité et la stabilité indispensable à la poursuite de leur mission auprès des personnes sans abri et sans chez soi. Ces structures constituent des acteurs essentiels de la politique wallonne de lutte contre le sans-abrisme, tant par le rôle de coordination des dispositifs locaux que par leur capacité à accompagner les publics les plus vulnérables et à fédérer l'ensemble des partenaires concernés. La pérennité de leur financement constitue dès lors une priorité.

Le renforcement des enveloppes des relais sociaux intercommunaux ainsi que celle dédiée aux relais santé, sans oublier le Housing First, sera proposé au Gouvernement. Les modalités de cette pérennisation seront avalisées lors du conclave à l'initial 2027, en tout cas au regard de nos propositions. Parallèlement, la réforme des aides à la promotion à l'emploi, les APE, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2027, fait actuellement l'objet de travaux gouvernementaux visant à organiser l'intégration de moyens concernés dans les différentes politiques fonctionnelles. Dans ce cadre, la situation des relais sociaux fait l'objet d'une attention particulière, compte tenu de leur statut spécifique d'associations relevant du chapitre XII de la loi organique des CPAS et de la nature des missions d'action sociale qu'ils exercent au quotidien.

À ce stade, aucune décision définitive n'a encore été arrêtée quant au rattachement futur des moyens actuellement financés via les APE. La question de leur intégration au sein du périmètre des pouvoirs locaux – François Desquesnes – ou de celui de l'action sociale – mon portefeuille – fait l'objet d'arbitrages au niveau gouvernemental. Les échanges se poursuivent entre les ministres concernés afin d'aboutir à une solution cohérente, tenant compte à la fois du statut juridique des relais sociaux et des missions qu'ils assurent dans le cadre de la lutte contre le sans-abrisme.

Les travaux préparatoires menés dans le cadre de la réforme reposent notamment sur le cadastre des emplois actuellement financés par les APE. Toutefois, tant que les arbitrages gouvernementaux n'auront pas été finalisés, il serait prématuré de tirer des conclusions sur l'impact précis de la réforme pour chaque opérateur. Je peux néanmoins vous assurer que la préservation des capacités d'action des relais sociaux constitue un élément central des discussions en cours.

Mon objectif demeure inchangé : garantir la continuité des missions exercées par ces acteurs de première ligne et éviter que les évolutions réglementaires ou les réformes des mécanismes de soutien à l'emploi n'entraînent une fragilisation des services rendus aux personnes les plus vulnérables.

Les relais sociaux seront naturellement informés dès que les décisions auront été arrêtées. Je resterai particulièrement attentif à ce que les travaux en cours apportent au secteur les garanties nécessaires ainsi que la visibilité indispensable à la poursuite de ses missions au service des personnes sans abri et sans chez-soi.

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

Mme Sabine Roberty (PS). – Monsieur le Ministre, on vient de voir jouer les Belges avec le maillot Magritte. J'ai l'impression que, au Gouvernement, vous n'êtes pas ingénieur, puisque vous êtes médecin, mais vous pourriez aussi, avec tous les autres ministres, porter le même maillot. C'est le maillot qui dit « Ceci n'est pas un maillot » et non « Ceci n'est pas une réponse ».

À l'heure actuelle, cela fait des mois et des mois que le secteur nous alerte en matière de sans-abrisme. On les a écoutés. Aujourd'hui, ils ne savent pas encore de quelle manière fonctionnelle ils vont dépendre. Ils ne savent pas si c'est de vous ou de M. Desquesnes. Vous n'avez de cesse de dire que c'est un acteur essentiel. On sera toujours d'accord à ce sujet. Toutefois, il faut alors les rassurer parce que les non-réponses et la non-communication engendrent l'incertitude. S'il y a bien un secteur qu'il faut rassurer aujourd'hui, c'est celui des relais sociaux et ce n'est pas la réponse qu'ils attendaient.

Je sais que les relais sociaux ont un statut particulier – soit ils sont en ASBL chapitre XII, soit ils sont en

intercommunale –, mais leurs missions dépendent de vous puisque ce sont des missions sociales. Si l'on me demande à qui cela revient : c'est à vous, bien sûr. C'est tellement logique. Je ne comprends pas qu'il faille être ingénieur pour en décider.

Bref, à mon avis, les arbitrages – c'est le mot que vous avez utilisé – doivent encore s'effectuer. On va se donner rendez-vous au prochain budget puisque vous nous dites que vous allez en faire une priorité. Rendez-vous au prochain budget.

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

Mme Veronica Cremasco (Ecolo). – J'étais en train de me dire : « Cette fois-ci, je vais avoir une réponse. Il va se passer quelque chose », mais pas une ! Si ce n'est que vous rappelez que c'est super important. Le pire, c'est que je pense que vous le pensez, que c'est réel, que vous y êtes particulièrement sensible. D'ailleurs, il faut reconnaître que vous vous êtes battu pour le budget en tant que tel et qu'il a été dégagé. Toutefois, il n'est pas inscrit de façon pérenne. Les opérateurs en ont besoin. Vous les avez entendus.

Vous parlez de reporter au budget prochain alors que vous nous l'avez promis au sortir de la conférence de presse du budget 2026. Au fur et à mesure des questions que je vous pose, cela a été : « Attendez un peu. On va voir ». Paf ! On est carrément au budget de l'année d'après. C'est catastrophique.

On a signé la Déclaration de Lisbonne – 2030, c'est demain – et l'on sera en 2027. En trois ans, on va réduire de 20 000 le nombre de personnes sans abri avec les 5 000 enfants qui sont là. Je me demande comment on va faire. Il va falloir sérieusement accélérer et renforcer leurs moyens.

Ils ont besoin de prévisibilité et envie de savoir à quelle sauce ils vont être mangés par rapport aux APE. On sait comment sont traités les pouvoirs locaux aujourd'hui. C'est une mission essentielle que ces relais sociaux attachés à l'action sociale. Qu'on fasse une discrimination positive par rapport à cela me semble essentiel.

En conclusion, je n'ai pas de réponse à mes questions, mais nous y reviendrons.

**Question orale
de Mme Veronica Cremasco
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'aide alimentaire et les résultats
alarmants de la nouvelle enquête de
printemps »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Cremasco à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'aide alimentaire et les résultats alarmants de la nouvelle enquête de printemps ».

La parole est à Mme Cremasco pour poser sa question.

Mme Veronica Cremasco (Ecolo). – Monsieur le Ministre, si je reviens systématiquement à la charge, là aussi, c'est que j'ai l'impression que rien ne change. Pire, la situation s'aggrave. Je vais la détailler. Donc, il faut faire quelque chose.

L'Organisme wallon de concertation de l'aide alimentaire, la plateforme qui rassemble les organisations actives dans l'aide alimentaire en Wallonie et à Bruxelles, et la Fédération des services sociaux, associatifs et mutualistes en Belgique francophone ont à nouveau dû communiquer sur les inquiétants constats d'une dernière enquête sur l'aide alimentaire : coupes budgétaires, épuisement des stocks et professionnels qui redoutent une forte aggravation de la situation.

Début d'année, plus de 1 000 associations avaient publié une étude révélant que 561 000 personnes avaient eu recours à l'aide alimentaire en Belgique en 2024, toutes régions confondues. Un nombre qui a doublé en 10 ans. Des chiffres alarmants qui, couplés avec les nouveaux coups de sonde réalisés en avril et mai – c'est pour cela que je reviens – alarment tout le secteur.

Cela ne va pas mieux, cela empire. Je ne sais pas dans quelle langue il faut le dire. Vous allez me dire que vous en êtes bien conscient et que vous faites tout ce que vous pouvez. J'ai envie de dire qu'il va falloir des résultats. C'est de pis en pis.

Cette situation confirme une tendance préoccupante : l'aide alimentaire n'est plus, pour un nombre croissant de ménages, un soutien ponctuel, mais bien un soutien structurel. Les banques alimentaires, épiceries sociales et associations font état d'une hausse continue des demandes d'un public de plus en plus diversifié et des difficultés croissantes pour répondre aux besoins.

Ce n'est plus la marginalité de quelques personnes qui n'ont même pas de quoi manger. Cela devient

structurel. C'est fou, en Belgique francophone, une proportion non négligeable de nos concitoyennes et de nos concitoyens ne mange pas trois fois par jour. Plusieurs acteurs de terrain relaient que la réforme fédérale, qui limite les allocations de chômage dans le temps, risque d'entraîner une augmentation importante du nombre de personnes ayant recours à l'aide alimentaire, alors que les structures sont déjà sous forte pression.

Disposez-vous d'une évaluation de l'impact des réformes fédérales sur les besoins en aide alimentaire en Wallonie ? J'imagine que vous savez comme moi que tout le secteur est inquiet parce que l'on voit arriver la vague progressivement et que la demande en aide alimentaire s'accroît.

Êtes-vous en contact avec les fédérations et les plateformes de l'aide alimentaire avant d'anticiper cette hausse due à la réforme Arizona des allocations de chômage ? Les avez-vous rencontrées récemment ? Quelles sont les conclusions de cette rencontre ? Quels moyens complémentaires allez-vous dégager pour soutenir les associations, les banques alimentaires et les CPAS confrontés à cette pression accrue ?

Enfin, afin que le recours à l'aide alimentaire redevienne une réponse exceptionnelle plutôt qu'un mode de survie pour un nombre croissant de Wallonnes et de Wallons, quels sont – c'est le but évidemment espéré – les effets de la stratégie wallonne visant à renforcer durablement l'accès à une alimentation digne et de qualité sur l'urgence de l'aide alimentaire ?

Quels outils utilisez-vous pour mesurer l'impact de cette stratégie ou d'autres mesures sur l'urgence de l'aide alimentaire ? Je me doute que vous n'en avez peut-être pas besoin, mais parfois, cela vaut mieux en étant dit. Vous allez certainement me répondre que vous avez une stratégie transversale globale par rapport à l'alimentation durable, qui doit être durable, bio et saine, accessible à tous les publics, même les plus précaires. On ne peut que vous rejoindre.

On aimerait toutefois savoir si la stratégie mise en œuvre porte ses fruits – sans mauvais jeu de mots – parce que l'on voudrait que tout le monde puisse avoir un fruit et qu'elle permet à la nourriture d'arriver dans l'assiette de ceux qui en ont le plus besoin. Avez-vous des indicateurs pour essayer d'estimer cela, puisque les mesures sur le terrain disent l'inverse, à savoir que le plan n'a pas encore produit ses effets ? Tout élément d'appréciation sera le bienvenu.

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Madame la Députée, l'étude quantitative récemment présentée par la Fédération des services sociaux a retenu toute notre attention. Le SPW IAS ainsi

que mon cabinet échange régulièrement avec l'Organisme wallon de concertation de l'aide alimentaire afin de disposer d'une vision actualisée des difficultés et des enjeux rencontrés sur le terrain. Récemment, mon cabinet a d'ailleurs participé à la plénière de cet organisme et a pu répondre directement aux questions de ses membres.

De manière générale, les organisations d'aide alimentaire, en Belgique, subissent une pression croissante. Les acteurs de terrain font état d'une saturation accrue des services, liée à la diminution des dons et du soutien fédéral, alors que le nombre de bénéficiaires augmente et concerne désormais aussi – comme vous l'avez dit – des publics particuliers, dont les travailleurs.

Dans le cadre de l'élaboration du plan d'action pour une alimentation saine et durable, la feuille de route consacrée au droit à l'alimentation et à la justice alimentaire est en phase préparatoire – vous allez être déçue, parce que vous souhaitez déjà des résultats et des indicateurs. Cette feuille de route vise d'abord à établir un diagnostic partagé, indispensable avant toute décision. L'objectif est d'identifier précisément les besoins des acteurs, notamment en logistique, en équipements et en fonctionnement, ainsi que leur capacité à absorber l'augmentation des volumes d'invendus et surplus dans l'éventualité d'un élargissement des dons alimentaires. À cet effet, une réunion s'est récemment tenue entre mon cabinet, l'IWEPS et le Haut Conseil stratégique en vue d'identifier des leviers d'action et de disposer d'un diagnostic plus fin de la réalité observée sur le terrain.

Un autre axe de cette feuille de route vise également à renforcer l'intégration des publics précarisés dans les projets alimentaires territoriaux. Je souligne que cette orientation est d'ores et déjà intégrée dans l'appel à projets PAT qui accorde une attention particulière à l'accessibilité, tant dans la conception des projets que dans leur sélection. J'ai d'ailleurs visité, vendredi après-midi, le hub logistique de l'ASBL « Ceinture alimentaire Charleroi Métropole », avec un nouveau local, et cetera. Elle me confirmait que l'appel à projets PAT allait les aider par rapport à la dimension de l'accessibilité et de l'innovation.

En outre, la mise en œuvre des trois stratégies en matière de lutte contre la pauvreté, de sortie du sans-abrisme et de soutien aux familles monoparentales adoptées dernièrement par le Gouvernement wallon permet de répondre de manière globale aux défis multidimensionnels de cette pauvreté. L'objectif est de mettre en place des réponses structurelles, durables et inclusives, plutôt que des dispositifs cloisonnés. À titre d'exemple, le relèvement du plafond d'accès au supplément d'allocations familiales pour les familles monoparentales, entré en vigueur le 1^{er} juillet, permettra à davantage de familles de bénéficier du supplément mensuel préconisé. Enfin, à l'heure actuelle, il n'existe

pas de données consolidées permettant d'évaluer de manière fiable les effets des réformes fédérales sur les besoins en aide alimentaire.

Madame la Députée, rassurez-vous : les contacts avec les fédérations et les plateformes d'aide sont réels. Les échanges se passent, les cinq composantes du Plan pour une alimentation saine et durable sont en cours de finalisation, et même de validation. Les projets PAT, eux, sont en cours de recherche d'acteurs pour les mettre en œuvre. Avec un ensemble de mesures, je pense que l'on arrivera à répondre en partie à cette problématique de l'aide alimentaire.

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

Mme Veronica Cremasco (Ecolo). – Monsieur le Ministre, je ne suis pas du tout rassurée, comme vous vous en doutez. Je vais vous dire le fin fond de ma pensée. Des tas de choses, qui ont déjà été mises en place sous la législature précédente, visaient peu ou prou les mêmes objectifs, même s'il y a clairement des différences entre le Gouvernement précédent et celui-ci. J'ai l'impression que l'on remet enfin l'ouvrage sur le métier, mais que l'on a un peu cassé des dynamiques qui existaient pour essayer d'en recréer d'autres qui seront soi-disant mieux. Tout le monde y va de son même discours.

En attendant, sur le terrain, quelle que soit votre tendance politique, des gens ont faim. C'est catastrophique et cela va de moins en moins bien. Ne pourrait-on pas se demander comment faire pour prendre des mesures effectives sans détricoter ce qui a été fait précédemment ? Vous pouvez le dire aux autres membres du Gouvernement. Je suis sûre que l'on aurait pu monter en puissance plus vite que cela. Mon rôle est de vous rappeler l'urgence, car il est clair que l'on n'entrera pas dans le Gouvernement, et de vous dire que ce n'est pas possible. Cela devait être adaptable ; le clic devait se passer plus vite que cela. Je ne suis donc pas rassurée.

Par contre, là où je vous trouve hardi, si je peux me permettre, c'est quand vous faites référence aux allocations familiales. Après les déclarations de notre ministre-président que l'on a lues dans la presse, ce n'était pas le meilleur exemple ni celui que j'attendais. J'espère que vous serez sensible au fait qu'il y a des choses auxquelles on ne peut pas toucher ; les allocations familiales font partie de cette chaîne vertueuse de soutien des personnes, notamment celles qui en ont le plus besoin. Il est inutile de dire que ce que l'on a lu dans la presse ne nous réjouit pas du tout.

Néanmoins, je vous remercie pour vos éléments de réponse.

(Mme Ammi, doyenne d'âge, prend place au fauteuil présidentiel)

Interpellation
de M. Jean-Pierre Lepine
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'accès à l'eau en période de canicule »

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle l'interpellation de M. Lepine à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'accès à l'eau en période de canicule ».

M. Palermo, Mme Jacqmin, M. Mockel et Mme Bernard se joignent à l'interpellation.

La parole est à M. Lepine pour développer son interpellation.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Monsieur le Ministre, le 2 juillet dernier, le Risk Management Group constatait une forte hausse des mortalités lors de la vague de chaleur qu'a connue notre pays entre le 18 et le 29 juin. En effet, 1 222 personnes supplémentaires sont décédées. Il s'agit du pic le plus élevé du nombre de décès quotidiens depuis la première vague de coronavirus en 2020. Parmi ces décès, 530 concernent des personnes âgées de 85 ans et plus. Une surmortalité significative a également été observée chez les moins de 65 ans, avec 180 décès supplémentaires. Ces chiffres sont tout simplement interpellants. Ils nous rappellent que les canicules ne constituent plus un simple désagrément estival. Elles sont devenues un enjeu majeur de santé publique, avec des conséquences humaines bien réelles.

Le même jour, le ministre fédéral du Climat appelait à une meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoir afin d'élaborer une réponse plus cohérente face à la multiplication des épisodes de chaleur extrême. Force est toutefois de constater que cette coordination reste aujourd'hui encore incomplète. Vous qui avez participé à cette concertation, quelles mesures en matière d'environnement entendez-vous porter, à court, moyen et long terme, afin de mieux préparer notre territoire aux épisodes de chaleur extrême ? Surtout, quelles mesures concrètes seront effectivement mises en œuvre dans les prochains mois ?

Les alertes se multiplient. Les scientifiques nous annoncent des épisodes plus fréquents, plus longs et plus intenses. La question n'est donc plus de savoir si nous serons confrontés à de nouvelles canicules, mais si nous sommes suffisamment préparés pour y faire face.

L'adaptation passe aussi par des mesures environnementales concrètes. Je pense d'abord à la gestion de l'eau. Lorsqu'une ressource devient plus rare, il devient indispensable de clarifier les priorités. Un avant-projet de décret visant à organiser la priorisation des usages de l'eau en période de pénurie avait été

présenté au Gouvernement lors de la législature précédente. Il y a quelques mois, lorsque nous vous interrogeons sur le sujet, vous disiez qu'un groupe de travail avait été mis en place en février 2026. Ce texte est pour nous essentiel. Il doit permettre de définir les priorités en matière de besoins en eau et de prévoir un cadre clair permettant à la Région d'agir, notamment concernant les restrictions, lorsque la ressource vient à manquer. Ce besoin n'est plus théorique. Ces derniers jours encore, plusieurs communes, notamment en province de Luxembourg, ont dû prendre des mesures de restriction ou appeler à une utilisation plus parcimonieuse de l'eau. Les épisodes de sécheresse risquent de se multiplier, et nous avons besoin d'un cadre transparent permettant d'anticiper. Pouvez-vous nous indiquer où en est ce dossier aujourd'hui ? Pouvez-vous vous engager sur un calendrier précis pour son adoption par le Gouvernement ?

La résilience de nos infrastructures essentielles constitue un autre enjeu majeur. Derrière chaque épisode de chaleur extrême, il y a aussi toute une série de services essentiels que nous considérons comme allant de soi : pouvoir être soigné à l'hôpital, ouvrir son robinet et avoir accès à une eau potable de qualité, assurer le traitement des eaux usées, et cetera. Dans un contexte de canicule, de sécheresse ou de tension sur les réseaux, les infrastructures qui garantissent les besoins fondamentaux de la population doivent bénéficier d'une protection particulière. Le Gouvernement dispose-t-il d'une vision claire de la résilience de ces infrastructures critiques face à des crises climatiques de plus en plus fréquentes ?

Je souhaite également évoquer la question de l'accès à l'eau potable pour la population. Lors des épisodes de chaleur extrême, l'accès à l'eau devient un enjeu sanitaire fondamental. Cette question se pose pour les ménages confrontés à des difficultés de paiement de leurs factures d'eau. Si le recours aux limiteurs de débit, posés par certains distributeurs d'eau, a fortement diminué ces dernières années, ces dispositifs continuent malheureusement d'exister. Dans un contexte de canicule, le Gouvernement estime-t-il que les garanties actuellement prévues sont suffisantes pour assurer un accès effectif à l'eau aux ménages concernés par un limiteur d'eau ? Une réflexion spécifique est-elle menée sur cette question dans le cadre des épisodes de chaleur extrême ?

Par ailleurs, le décret du 16 novembre 2023 relatif à l'eau destinée à la consommation humaine prévoit d'octroyer des subventions couvrant jusqu'à 50 % du coût des mesures collectives destinées à améliorer l'accès à l'eau potable pour les personnes vulnérables et/ou marginalisées. Un appel à projets a-t-il déjà été lancé dans ce cadre ?

Plus largement, ne conviendrait-il pas d'accompagner davantage les communes dans le déploiement de fontaines d'eau potable accessibles au

public, dans l'espace public, mais également au sein des bâtiments publics et des administrations ?

Une cartographie régionale de ces points d'eau permettrait également aux citoyens d'identifier facilement les lieux où ils peuvent se ravitailler durant les épisodes de forte chaleur. Des données consolidées sur la présence de points d'eau potable dans les lieux publics existent-elles ?

Enfin, les canicules interrogent aussi notre capacité à offrir des espaces de fraîcheur accessibles à tous. L'accès à des zones de baignade sécurisées constitue à cet égard un vecteur d'équité sociale. Alors que les épisodes de chaleur se multiplient, plusieurs sites ne sont plus accessibles pour des raisons de gestion ou d'encadrement. Il me semble important que cette réflexion s'inscrive dans une stratégie plus large visant à renforcer l'accès de tous à des espaces de fraîcheur de qualité.

Monsieur le Ministre, derrière les chiffres cités en début d'intervention, il y a des visages, des familles et des vies perdues :

- 1 222 décès supplémentaires en quelques jours ;
- 530 personnes âgées de plus de 85 ans emportées par cette vague de chaleur ;
- mais aussi 180 décès supplémentaires chez les moins de 65 ans.

Ce dernier chiffre doit nous interpeller collectivement. Je répète volontairement ces chiffres déjà évoqués au début de mon interpellation. Ils nous rappellent que les canicules ne concernent pas uniquement les personnes très âgées ou les publics fragilisés. Elles deviennent un risque sanitaire majeur pour l'ensemble de notre société.

La canicule ne peut plus être considérée comme un événement exceptionnel auquel nous répondrions dans l'urgence. Elle doit désormais être intégrée de manière structurelle dans nos politiques de l'eau, de l'environnement, de l'aménagement du territoire et de la santé.

La question n'est plus de savoir si une nouvelle canicule surviendra. Les scientifiques nous disent qu'elle surviendra. La question est de savoir combien de vies nous serons capables de protéger lorsqu'elle arrivera.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Palermo qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

M. Vincent Palermo (MR). – Monsieur le Ministre, au risque d'être un peu redondant dans les chiffres, c'est pour nous rappeler à toutes et tous que c'est un sujet très important.

Les chiffres rappelés par notre collègue sont terribles : plus de 1 200 décès supplémentaires en quelques jours, dont une majorité de personnes très

âgées, mais aussi une surmortalité marquée chez les moins de 65 ans. Ils confirment que la canicule n'est plus un aléa saisonnier. C'est devenu un risque sanitaire majeur qui doit être intégré à nos politiques de l'eau et de l'environnement.

Du point de vue de mon groupe, il est positif que la Wallonie se soit récemment engagée dans une stratégie d'adaptation aux changements climatiques, avec des enjeux clairement identifiés, tels que l'eau, les sols et les infrastructures essentielles. Néanmoins, cette stratégie ne peut rester un cadre conceptuel. Nous resterons attentifs à ce qu'ils traduisent ces orientations en décisions pratiques et pragmatiques, avec des échéances précises et des responsabilités clairement identifiées.

Sur la gestion de l'eau, l'accès à une eau potable de qualité est un droit fondamental et un bien de première nécessité qui doivent être garantis à toutes et tous, mais sur des bases financières responsables et environnementalement soutenables. C'est pourquoi nous plaçons pour une organisation claire du secteur, une transparence renforcée des coûts et des investissements et une rationalisation des outils de gestion afin que chaque citoyen comprenne qui fait quoi, à quel prix et avec quelle garantie de service.

Vous indiquez qu'un groupe de travail était actif depuis février 2026. Où en sont les discussions ? Un texte serait-il en préparation ? Quel serait son calendrier d'adoption ?

La résilience des infrastructures essentielles concernant la production et la distribution d'eau potable ainsi que l'assainissement est au cœur de la capacité de notre société à encaisser des chocs climatiques. Mon groupe soutiendra toute mesure qui renforce cette résilience, pour autant qu'elle s'inscrive dans une approche rigoureuse, fondée sur des analyses de risques, des investissements ciblés et une coordination effective entre niveaux de pouvoir.

Toutefois, cette ambition doit être documentée. C'est pourquoi nous souhaitons avoir une vision globale du Gouvernement en la matière et la manière dont elle sera intégrée concrètement dans la stratégie d'adaptation wallonne. Monsieur le Ministre, les vagues de chaleur à répétition sont malheureusement là pour durer, voire empirer. Notre responsabilité politique est de faire en sorte que chaque épisode se traduise par moins de victimes que les précédentes, pas l'inverse, et même pas de victime du tout. C'est le souhait de chacun.

Mon groupe sera au rendez-vous pour vous soutenir avec des mesures efficaces et pragmatiques, mais il sera tout aussi exigeant sur la clarté des priorités et la protection de l'accès à l'eau pour toutes et tous.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Jacqmin qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Monsieur le Ministre, la vague de chaleur que l'on a connue ici précédemment, entre le 18 juin et le 1^{er} juillet, est sans précédent. On comptabilise 1 747 décès supplémentaires sur cette période par rapport au nombre attendu, ce qui représente une surmortalité de plus de 47 %. Il s'agit de la vague de chaleur la plus meurtrière observée en Belgique depuis le début des analyses en 2000, aussi bien en nombre absolu de décès qu'en proportion. Je ne vais pas répéter tous les chiffres qui ont été dits jusqu'ici. Ils sont sans conteste importants, mais ils ont déjà été répétés.

Ce que l'on sait en tout cas et ce qu'il me tenait à cœur de souligner une nouvelle fois, c'est que la Wallonie apparaît comme la Région la plus touchée, la plus durement frappée, même si toutes les Régions du pays l'ont été et ont enregistré une hausse de mortalité. On sait, Monsieur le Ministre, que vous n'êtes pas responsable de la situation, que vous héritez d'une problématique colossale et qui s'accroîtra, malheureusement. Celle-ci représente véritablement un enjeu transversal, comme on en a déjà parlé dans notre commission précédente. Le ministre fédéral du Climat n'en disait d'ailleurs pas moins lors de sa récente invitation à la concertation et mobilisation des différentes entités. Hélas, le plan Climat, proposé sous l'ancienne législature, n'en était en fait pas un et ne nous a clairement pas permis de renforcer notre résilience.

J'ai entendu mon collègue vous demander ce que vous entendiez mettre en œuvre à court, moyen et long termes en matière d'environnement, afin de mieux préparer notre territoire aux épisodes de chaleur extrême. Je prendrai son interrogation, mais de manière plus large, comment le Gouvernement wallon se mobilise-t-il dans son entièreté pour faire face aux défis colossaux de demain ? Les impacts du dérèglement climatique sont certes environnementaux et sanitaires, mais aussi socioéconomiques.

La gestion de l'eau représente logiquement un enjeu essentiel de la SWDE et la SPGE. Elles la considèrent, depuis déjà plusieurs années, avec attention. Cet enjeu deviendra de plus en plus prégnant, il faudra donc agir en conséquence. Nous aimerions savoir où en sont les travaux du groupe de travail, récemment initié, concernant la priorisation des usages de l'eau. De nouvelles recommandations ou mesures seront-elles demandées aux distributeurs et opérateurs ou, à l'inverse, ceux-ci vous ont-ils formulé des demandes ? Un nouvel avenant au contrat de gestion a été récemment validé par le Gouvernement wallon pour la SPGE concernant des missions relatives aux zones de baignade et au monitoring de suivi de molécules dans l'ensemble des stations d'épuration des eaux usées. Outre la quantité, l'aspect qualitatif est essentiel, comme nous en avons déjà largement parlé en commission. Ces missions permettront-elles bien de renforcer in fine notre résilience ?

J'en profite pour mettre en lumière le Polygone de l'eau, le centre de formation aux métiers de l'eau. Comment celui-ci pourra-t-il représenter un maillon essentiel dans la résilience hydrique wallonne ? Je pense que vous y étiez jeudi dernier, si je ne me trompe pas.

Enfin, face aux chaleurs croissantes, l'AViQ a activé dès le 15 mai le plan Forte Chaleur et Pics d'ozone. Les dispositifs de prévention ont ensuite été renforcés tout au long de la séquence, avec des campagnes de sensibilisation, la mobilisation des professionnels de santé et des acteurs sociaux, un suivi accru des maisons de repos et des structures accueillant des publics fragiles ainsi qu'un accompagnement renforcé des personnes vulnérables vivant à domicile. Les relais sociaux ont également renforcé les maraudes, l'accès à l'eau potable et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables.

Dans ce contexte, Monsieur le Ministre, pouvez-vous nous indiquer les mesures mises en place pour favoriser l'accès à l'eau, notamment auprès des personnes les plus vulnérables ?

Mme la Présidente. – La parole est à M. Mockel qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

M. Freddy Mockel (Ecolo). – Monsieur le Ministre, selon Sciensano, la vague de chaleur en juin a causé une surmortalité de 1 747 personnes. Proportionnellement, la Wallonie a été touchée deux fois plus lourdement que la Flandre cette année. C'est un écart qu'il faut analyser et inclure les réponses que l'on en tirera dans un réel plan préventif. Si cette surmortalité est inédite depuis que Sciensano relève ces chiffres, je crains bien que ce triste record soit bientôt battu si l'on n'est pas mieux préparé dans le futur.

La canicule est un problème climatique et politique. Politique, car il y a des actions à prendre. On ne peut pas abandonner les plus vulnérables à leur sort. Dans les quartiers, il faut proposer des lieux frais et accueillants. Pendant les vagues de chaleur, le ticket d'entrée d'une piscine ou d'une zone de baignade ne doit pas être un obstacle financier pour pouvoir se rafraîchir. Il faut activement et de manière systématique et planifiée pouvoir retrouver et contacter les personnes isolées dès qu'une vague de chaleur débute. Bien sûr, il faut nous assurer que nos infrastructures de distribution d'eau fonctionnent de manière résiliente et que personne n'hésite, en pensant à sa facture d'eau, à se désaltérer, mais aussi à prendre une douche rafraîchissante. En ce sens, je soutiens évidemment l'appel formulé par M. Lepine. Ceci est également en ce qui concerne la priorisation de la consommation d'eau en cas de canicule et de sécheresse.

Il faudra bien un plan, qui s'appliquera selon des critères transparents et justes. Si les pluies extrêmes sont plus fréquentes, comme on en a connu il y a exactement cinq ans, quasiment jour pour jour, la règle générale sera

plus de sécheresse. Les gens en sont bien conscients et il faut être vigilant. Jusqu'à maintenant, on a souvent considéré comme une évidence que la Wallonie était riche en eau, mais cette eau devient de plus en plus précieuse. C'est un bien à garder, à retenir dans notre environnement et ne pas à évacuer au plus vite par canaux et canalisations quand il pleut. C'est un bien à protéger des pollutions de toutes sortes. La population est bien consciente de cet enjeu.

Il n'y a pas longtemps, tout près de chez moi, un projet d'élevage de saumons, présenté de manière bien lisse et très marketing, s'est révélé être un projet qui allait prélever presque 100 mètres cubes d'eau par heure, soit autant que la consommation des ménages de la ville d'Eupen et de ses 20 000 habitants juste à côté. La population des communes concernées s'est non seulement indignée, mais elle est restée mobilisée jusqu'à l'abandon du projet. Il faudra aussi des mesures structurelles pour amortir les effets des vagues de chaleur. Il faut des décisions politiques.

On ne peut plus se limiter à dire aux gens de bien s'hydrater et de fermer les rideaux quand il fait 35 degrés chez eux ou sur leur lieu de travail, voire se moquer de situations graves et nier la réalité climatique, comme le ministre de la Défense, qui recommandait d'aller dans sa piscine avec bière et parasol. Quand on est à ce point éloigné des réalités sociales de la population, cela devient du mépris. Il faut constater qu'aujourd'hui, en Belgique, on est mieux protégé contre le gel que contre la canicule. C'est une anomalie politique qu'il faut changer. Depuis des siècles, dans nos contrées, on s'est adapté au froid. Il faut maintenant faire la même chose quand la chaleur est suffocante, isoler contre la chaleur, verdifier nos environnements urbains, planter des arbres et des haies, débétonner et déimperméabiliser nos sols. Cela demande de la persévérance et de la cohérence au-delà des durées des législatures et de la composition des gouvernements. Il faudra améliorer les outils dont on dispose sans les casser. Que ce soit les primes énergétiques ou le démantèlement du DNF, les exemples contraires récents ne manquent malheureusement pas.

Si ce Gouvernement veut soutenir la population et la protéger, et s'il veut faire face au changement climatique, aux canicules à venir et au manque d'eau, il doit revoir ses priorités et ses manières de faire.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Bernard qui a demandé à se joindre à l'interpellation.

Mme Alice Bernard (PTB). – Monsieur le Ministre, les chiffres qui viennent d'être rappelés sont terribles. Tout le monde l'a déjà dit cet après-midi. Il y a eu près de 1 800 décès en plus que la normale en quelques jours. Derrière ces chiffres, il y a des personnes âgées, des travailleurs, des familles et des personnes vivant seules dans des logements qui deviennent parfois de véritables fours.

Les canicules ne frappent pas tout le monde de la même manière. Quand on a les moyens, on peut partir quelques jours, habiter un logement bien isolé, acheter un système de climatisation ou disposer d'un jardin. Mais quand on vit dans un petit appartement mal isolé, dans un quartier très bétonné, sans accès facile à une piscine ou à un espace vert, on subit la chaleur de plein fouet. La lutte contre les canicules est donc aussi une question sociale.

Pour le PTB, l'eau n'est pas une marchandise, c'est un bien commun et un droit fondamental. Personne ne devrait être privé d'un accès suffisant à l'eau parce qu'il rencontre des difficultés financières. Il est vrai que nombre de limiteurs de débit a été diminué, mais la vraie question est simple : pourquoi ces limiteurs existent-ils encore ? En période de canicule, limiter l'accès à l'eau d'un ménage peut devenir dangereux pour la santé. Même en dehors des canicules, cela reste une atteinte à la dignité humaine. Pouvez-vous vous engager à interdire les coupures d'eau et les limiteurs de débit pour raison financière ?

Nous avons également besoin d'une véritable politique publique d'accès gratuit à l'eau potable. Les communes doivent pouvoir installer assez de fontaines publiques dans les rues, les parcs, les gares, les écoles, les administrations et les bâtiments publics. Cependant, les communes ne pourront pas porter seules ces investissements, surtout lorsqu'elles sont déjà financièrement étranglées. Pouvez-vous garantir que la Région met en place un programme de financement public de fontaines d'eau potable ainsi qu'une cartographie avec une priorité pour les quartiers populaires, les zones très urbanisées et les endroits fortement fréquentés ?

Il conviendrait également que les piscines publiques soient gratuites durant les périodes d'alerte canicule, que leurs horaires puissent être élargis et que les transports publics vers ces lieux soient renforcés. Allez-vous prendre un engagement dans ce sens ? De même que pour ouvrir davantage de bâtiments publics, bibliothèques, maisons de quartiers, centres culturels, administrations ou salles communales ?

On ne peut pas uniquement agir dans l'urgence. Il faut aussi transformer nos villes et nos communes, il faut arrêter de bétonner chaque espace disponible et il faut planter massivement des arbres, protéger les arbres existants, créer de l'ombre, rendre les sols perméables, aménager des points d'eau et développer des îlots de fraîcheur dans chaque quartier. Il faut également rénover massivement les logements publics et privés. Beaucoup de logements sont des passoires énergétiques en hiver et deviennent des bouilloires en été. L'isolation et la ventilation doivent être intégrées dans une véritable politique publique de rénovation, accessible aux ménages qui n'ont pas les moyens d'avancer l'argent des travaux.

Quelles discussions avez-vous prévues avec l'ensemble du Gouvernement dans ce cadre ? Quel budget le Gouvernement wallon va-t-il consacrer à la création d'îlots de fraîcheur et à la rénovation des logements les plus exposés ?

Mme la Présidente. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Mesdames et Messieurs les Députés, étant donné qu'il y a une interpellation et huit questions orales jointes sur le même sujet dans la thématique « Santé », je n'aborderai que les aspects liés à l'environnement et à l'eau en période de canicule. J'aborderai les autres dimensions dans ma réponse de tout à l'heure.

Quoi qu'il en soit, je partage pleinement vos constats, notamment celui de M. Lepine, qui a amené cette réflexion : les épisodes de chaleur extrême ne constituent plus des événements exceptionnels ; ils s'inscrivent désormais dans une tendance structurelle liée aux changements climatiques et nécessitent une adaptation de nos politiques publiques tant en matière d'environnement, de gestion de l'eau, mais aussi d'aménagement du territoire, de santé publique, et cetera. Nous aborderons ces dimensions dans l'interpellation suivante.

La Wallonie dispose déjà de plusieurs outils d'action qui sont aujourd'hui mobilisés et renforcés dans le cadre de sa stratégie d'adaptation au changement climatique. Celle-ci vise notamment à accroître la résilience des ressources en eau, des infrastructures essentielles et des territoires face aux phénomènes de sécheresse et de canicule.

La Stratégie wallonne d'adaptation au changement climatique couvre notamment les enjeux liés à l'eau, aux sécheresses, à la santé, aux infrastructures critiques. Les orientations stratégiques sont en cours de finalisation et un plan d'action assorti d'un cadre de suivi et d'évaluation sera élaboré d'ici la fin de l'année 2026.

Concernant la priorisation des usages de l'eau en période de pénurie, les travaux du Schéma régional des ressources en eau se poursuivent. Ils doivent permettre au Gouvernement de se prononcer d'ici la fin de l'année sur le cadrage des seuils d'alerte et des mesures de restriction applicables en cas de raréfaction de la ressource.

S'agissant de la résilience des infrastructures critiques, dans le cadre de leur contrat de gestion, la SWDE et la SPGE sont chargées d'intégrer les risques liés au changement climatique dans leur planification stratégique et leurs investissements. Cela concerne notamment :

- la sécurisation des captages et des zones de production ;
- la diversification des ressources mobilisables ;
- le renforcement des interconnexions entre réseaux ;
- l'amélioration de la surveillance quantitative et qualitative des ressources ;
- la continuité de service lors d'événements climatiques extrêmes.

Des plans d'investissements importants sont actuellement déployés afin d'accroître la robustesse du système wallon de production et de distribution d'eau potable. Il s'agit des travaux menés dans le Schéma régional des ressources en eau, qui visent également à renforcer la sécurisation de l'approvisionnement, l'adaptation des infrastructures aux sécheresses et la résilience des réseaux.

Je partage votre préoccupation quant à l'accès effectif à l'eau pour les personnes les plus vulnérables. L'accès à l'eau constitue un besoin fondamental. Les distributeurs d'eau et les CPAS disposent déjà de mécanismes d'accompagnement social permettant d'éviter les situations de rupture d'accès à l'eau. Les procédures applicables aux limiteurs de débit sont strictement encadrées et font l'objet d'un suivi attentif.

Le décret du 16 novembre 2023 relatif à l'eau destinée à la consommation humaine prévoit effectivement la possibilité de soutenir des mesures visant à améliorer l'accès à l'eau potable pour les publics vulnérables. Aucun appel à projets spécifique n'a toutefois été lancé à ce stade dans ce cadre.

Concernant les fontaines et les points d'eau potable accessibles au public, il n'existe actuellement pas de recensement régional exhaustif ni de cartographie officielle. Les données disponibles résultent essentiellement d'initiatives locales ou associatives. La possibilité de développer à l'avenir un recensement des installations soutenues par la Région sera examinée afin de mieux identifier et valoriser les infrastructures existantes permettant aux citoyens de s'approvisionner en eau potable lors d'épisodes de chaleur.

Enfin, l'accès à des espaces de fraîcheur constitue un enjeu important dans l'adaptation aux épisodes de chaleur. Les zones de baignade autorisées et leur qualité sanitaire font déjà l'objet d'une information accessible au public. Cette thématique s'inscrit plus largement dans les réflexions en cours visant à renforcer la résilience du territoire face aux canicules. L'adaptation aux canicules passe également par l'aménagement du territoire. La Wallonie soutient les démarches de végétalisation, de désimperméabilisation des sols, de développement d'îlots de fraîcheur et de restauration du cycle naturel de l'eau.

Ces mesures permettent simultanément de réduire les effets des fortes chaleurs, de favoriser l'infiltration

de l'eau dans les sols et d'améliorer la résilience des territoires face aux sécheresses.

Face à l'intensification des canicules, notre responsabilité est de passer progressivement d'une logique de gestion de crise à une logique d'anticipation et d'adaptation structurelle. C'est précisément le sens des actions engagées par le Gouvernement wallon :

- préserver la ressource en eau ;
- sécuriser les infrastructures essentielles ;
- protéger les populations les plus vulnérables ;
- adapter durablement nos territoires aux conséquences du changement climatique.

Ces objectifs sont au cœur de la stratégie régionale d'adaptation et des missions confiées à la SWDE et à la SPGE, afin de garantir à chaque citoyen un accès durable à une eau de qualité, même dans un contexte climatique de plus en plus contraignant.

Par ailleurs, depuis le début de la vague de chaleur, les relais sociaux, CPAS, services d'aide à domicile, médecins, pharmaciens et maisons de repos ont été mobilisés. Des actions spécifiques ont été mises en œuvre :

- maraudes ;
- accès à l'eau potable ;
- espaces rafraîchis ;
- suivi des personnes vulnérables ;
- monitoring renforcé des structures accueillant des publics fragiles.

Ces périodes nous rappellent combien il est essentiel de veiller à un juste accès à une eau potable pour toutes et tous.

Pour les dimensions liées aux personnes les plus vulnérables, aux maisons de repos et au monitoring des publics fragiles, je vous renvoie à ma réponse à l'interpellation que nous aborderons tout à l'heure.

Monsieur Palermo, le groupe de travail poursuit son travail en bonne réflexion entre le cabinet, l'administration, la SWDE et la SPGE. Nous allons recevoir rapidement les recommandations. Je vous assure que sur le Fonds social de l'eau, les choses avancent de façon spectaculaire pour rendre accessible à un plus grand nombre de personnes plus fragiles ou les plus fragiles, ce soutien actuellement sous-utilisé par, entre autres, les CPAS.

Madame Jacqmin, je reviendrai sur la stratégie wallonne plus importante, plus à long terme et plus globale.

Je pense avoir pour les zones de baignade.

Je vous remercie de mettre en avant le Polygone de l'eau, qui est un des trois centres de formation de grande qualité : association FOREm-SWDE au niveau de Verviers. C'est cela l'avenir, il y a toute une série de nouveaux métiers liés à la gestion de l'eau qu'il faut

renforcer. En l'occurrence le Polygone de l'eau, c'est pour former les fontainiers et toutes ces personnes qui travaillent à la mise en place des tuyauteries, mais aussi à la recherche des fuites d'eau dans la dimension de la lutte contre le gaspillage. On peut être fiers d'avoir des centres de formation comme cela, qui mettent en avant des stages liés au FOREm et qui mettent aussi en avant 20 ans de collaboration intelligente entre les distributeurs d'eau et le FOREm.

En ce qui concerne les maisons de repos et le plan chaleur de l'AViQ, Madame Jacqmin, j'y reviendrai tout à l'heure.

Monsieur Mockel, je pense avoir abordé les éléments propres à l'environnement et je reviendrai sur les autres éléments.

Madame Bernard, je reviendrai aussi sur le programme plus large du Gouvernement.

Concernant les piscines et l'accès à des pièces rafraîchies dans les lieux publics, vous comprendrez que cela sort un peu de mes compétences. Rassurez-vous, ce sont des discussions que nous avons en gouvernement, et chaque ministre prend ses responsabilités.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Lepine.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour vos différentes réponses, mais je vous informe que mon groupe demandera l'urgence pour ce texte. En effet, nous souhaiterions l'inscrire en urgence à l'ordre du jour de notre prochaine plénière, c'est-à-dire mercredi prochain.

C'est aujourd'hui que nous avons besoin de réponses, et non pas demain, puisque nous n'avons plus de temps à perdre sur le sujet. Je ne vous rappellerai pas les chiffres de mortalité, certains de mes collègues vous les ont rappelés. Vous mesurez l'importance de cette problématique.

Les canicules reviendront inévitablement. Quand, comment ? Ni vous ni moi ne savons le dire. Il est important que les gouvernements agissent, mais surtout le Gouvernement wallon qui a l'eau dans ses compétences.

Quelque chose m'a interpellé également dans votre réponse. Vous disiez tantôt que vous souteniez les projets verts de végétalisation comme « Ose le vert », alors que celui-ci a été supprimé. Peut-être envisagez-vous de le réinscrire dans le budget 2027, cela nous ferait énormément plaisir.

Je terminerai par une simple phrase, en vous rappelant que l'accès à l'eau potable doit être une priorité, car l'eau, c'est la vie.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Palermo.

M. Vincent Palermo (MR). – Monsieur le Ministre, vous avez répondu – je vous sais attaché à cela – et vous avez géré bien d’autres choses. Le Fonds social de l’eau est sous-utilisé. C’est bien de le dire parce que les CPAS doivent être conscients aujourd’hui qu’ils ont plus qu’un rôle à jouer vu qu’ils sont des acteurs de proximité. Quand on voit les enveloppes destinées aux CPAS, mais surtout aux citoyens, il y a aussi de l’information à communiquer. Les niveaux de pouvoir vers les CPAS et les CPAS vers les citoyens. Je me réjouis qu’il y ait un travail auquel vous participez et que vous pouvez en partie orchestrer puisque cela se situe à plusieurs niveaux de pouvoir. Je sais que vous allez mettre tout en œuvre pour éviter d’avoir encore l’un ou l’autre drame.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Jacqmin.

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour vos réponses. Comme vous l’avez dit – mes collègues et moi l’avions aussi souligné –, c’est une vraie tendance structurelle qui nécessite une adaptation des politiques publiques de manière transversale. C’est essentiel pour s’adapter aux changements climatiques. Il faut viser la résilience de la ressource en eau, car c’est un objectif impérieux. Je souligne le plan d’action en préparation.

Je note l’évolution des travaux du groupe de travail lié à la priorisation des usages, tout comme les avancées au niveau du Fonds social de l’eau et les plans d’investissement importants, notamment dans le SRRE, pour renforcer la résilience.

Sur les points d’eau potable à l’échelle de la Région, nous suivrons avec attention les réflexions quant à une centralisation des données et la mise à disposition d’une potentielle cartographie des points d’eau. Passer d’une transition de logique de gestion de crise à une logique d’anticipation représente évidemment un cap que le Gouvernement wallon s’est fixé et que nous suivons pleinement.

Nous pouvons être fiers d’initiatives telles que le Polygone de l’eau. Il s’agit de renforcer concrètement notre résilience pour fournir in fine une eau de qualité pour tous.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Mockel.

M. Freddy Mockel (Ecolo). – Le ministre a évoqué le Fonds social de l’eau, pour lequel il annonce de bonnes nouvelles. J’espère qu’il ne nous laissera pas à sec d’informations – c’est le cas de le dire – et surtout que ces nouvelles permettront de constater un progrès net.

Mme la Présidente. – La parole est à Mme Bernard.

Mme Alice Bernard (PTB). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour les éléments de réponse que vous avez apportés. En effet, il y a déjà des initiatives et

une stratégie d’adaptation aux changements climatiques. Tout cela se met en place sur papier. Cependant, on doit constater que, ces dernières semaines, il y a eu près de 1 800 décès en plus que la normale. Il faut prendre les choses en main et le faire d’urgence. L’accès à l’eau est vital. Je dois rappeler, avec beaucoup d’inquiétude, que votre majorité en Fédération Wallonie-Bruxelles a voté contre l’accès gratuit à l’eau potable pendant les festivals. Si cette décision a été prise en Fédération Wallonie-Bruxelles, on se demande ce qui va arriver en Région wallonne. Il est urgent de prendre les choses en main.

Mme la Présidente. – Des motions sont déposées en conclusion de l’interpellation de M. Lepine. La première, motivée, est déposée par M. Lepine et Mme Roberty (Doc. 646 (2025-2026) N° 1) et la seconde, pure et simple, par Mme Jacqmin et M. Palermo (Doc. 647 (2025-2026) N° 1).

L’incident est clos.

(M. Lepine, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

**Question orale
de M. Bruno Lefèbvre
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l’Environnement, des Solidarités et de
l’Économie sociale,
sur « la situation environnementale du site
Flaurea Chemicals à Ath »**

M. le Président. – L’ordre du jour appelle la question orale de M. Lefèbvre à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l’Environnement, des Solidarités et de l’Économie sociale, sur « la situation environnementale du site Flaurea Chemicals à Ath ».

La parole est à M. Lefèbvre pour poser sa question.

M. Bruno Lefèbvre (PS). – Monsieur le Ministre, la faillite de la société Flaurea Chemicals à Ath suscite toujours de vives inquiétudes, tant du côté des autorités locales que des riverains, en raison des risques environnementaux potentiels associés au site.

Il semble que, depuis le 1^{er} juin, la curatelle ait rendu les clés du site à l’immobilière propriétaire. Plusieurs questions de sécurisation du site reviennent dès lors sur la table. Il semble qu’un débordement de la station d’épuration soit constaté. Il reste sur le site bon nombre de produits Seveso – explosifs et chlorure – dans un hangar. L’entreprise a-t-elle désormais notifié aux autorités son inventaire relatif aux substances relevant de la réglementation Seveso ? Qu’en est-il ?

Au vu de ces différents éléments, il est impératif que le site puisse être surveillé. Pouvez-vous faire le point

sur la situation concernant les risques environnementaux potentiels du site ainsi que sur sa sécurisation ? Précédemment, vous me disiez que le Département du sol et des déchets, le Département des permis et autorisations, le Département de la police et des contrôles et le Département de l'environnement et de l'eau suivaient la situation. Comment la coordination entre ces différents départements est-elle assurée dans ce dossier ?

Dans le contexte de faillite, comment le Gouvernement entend-il garantir l'application effective du principe du pollueur-payeur puisque la société propriétaire de l'immobilier aujourd'hui a les mêmes administrateurs que la société qui gère le site auparavant ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, les services régionaux actuellement impliqués dans le suivi de ce dossier sont les suivants :

- le Département du sol et des déchets ;
- le Département des permis et autorisations ;
- le Département de la police et des contrôles ;
- le Département de l'environnement et de l'eau.

Ceux-ci assurent la coordination de leurs interventions par l'organisation de réunions de concertation régulières.

Le 27 mai dernier, une réunion s'est tenue entre les services régionaux concernés et les curateurs. Cette réunion a été suivie d'un courrier adressé le 8 juin aux curateurs, résumant la réunion et leur rappelant à nouveau leurs obligations, dont notamment :

- la sécurisation du site et la prise des mesures nécessaires pour la gestion de la station d'épuration ;
- l'évacuation des déchets avec une priorité pour la gestion des déchets dangereux et la transmission du calendrier d'évacuation ;
- le dépôt de l'étude d'orientation conformément au décret Sols.

Le 18 juin, le Département de la police et des contrôles apprend par le service Environnement de la Ville d'Ath que les clés du site ont été remises par les curateurs début juin à l'Immobilière de Blachou, propriétaire des lieux. Cette information est, entre-temps, parvenue officiellement de la part des curateurs au conseil de la Région. Le Département de la police et des contrôles n'a toutefois pas été informé d'un éventuel débordement de la station d'épuration, comme l'imposent les dispositions du décret « Permis d'environnement ».

Il ressort des écrits des curateurs qu'ils entendent faire supporter l'ensemble des obligations

environnementales à l'Immobilière de Blachou, sans toutefois établir que la masse serait dans l'impossibilité de faire face à ces dépenses, comme le prévoit la législation. Leur intervention semble ainsi se limiter à la sollicitation des devis nécessaires, en faisant peser sur le propriétaire du site la charge de l'exécution des mesures qui en découleraient.

Le 22 juin dernier, le Département de la police et des contrôles a pris contact avec l'administrateur de l'Immobilière de Blachou. Selon les informations communiquées, il n'y aurait plus d'activité industrielle sur le site, mais une activité minimale serait maintenue afin d'éviter son abandon. Trois personnes auraient été engagées, dont une pour assurer la gestion de la station d'épuration.

Plusieurs points restent vagues dans les propos de l'administrateur, dont notamment le rôle exact de la curatelle. Certaines questions auraient été soumises au tribunal et des discussions seraient en cours avec les avocats de la ville. La proposition de la Ville d'Ath de racheter le site pour 1 euro aurait été refusée par l'immobilière. Les prochaines étapes programmées sont un courrier à l'immobilière et une visite du site.

Quant à l'application du principe du pollueur-payeur, celui-ci reste d'application. Le décret Sols prévoit que, en cas de faillite, l'étude d'orientation et les obligations qui en découlent doivent être initiées par le curateur pour le compte de la masse. Quant au décret Déchets, il permet d'imposer au détenteur des déchets ou aux personnes ayant participé à une gestion irrégulière de remettre le site en état.

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

M. Bruno Lefèbre (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour ces éléments d'information extrêmement importants. Je connais le responsable de l'immobilière depuis de nombreuses années puisque j'étais bourgmestre alors qu'il était gestionnaire de Flaurea Chemicals qui gère le site. Aujourd'hui, dire : « Je ne suis responsable de rien, je ne suis propriétaire que de l'immobilier », cela me paraît un peu fort. Il y a des dizaines de personnes qui se sont retrouvées sur le carreau en deux jours à cause de sa gestion calamiteuse. Nous devons dès lors être particulièrement vigilants.

Question orale
de M. Freddy Mockel
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la contribution aux objectifs du Règlement
sur les emballages et les déchets d'emballage
(PPWR) des nouvelles capacités de recyclage de
Fost Plus »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Mockel à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la contribution aux objectifs du Règlement sur les emballages et les déchets d'emballage (PPWR) des nouvelles capacités de recyclage de Fost Plus ».

La parole est à M. Mockel pour poser sa question.

M. Freddy Mockel (Ecolo). – Monsieur le Ministre, une nouvelle usine capable de recycler 40 000 tonnes de PET a été inaugurée à Neufchâteau. Avec cette quatrième infrastructure, la part d'emballages plastiques ménagers recyclés passe à la quasi-moitié des quantités mises sur le marché. Alors que les bouteilles transparentes l'étaient déjà, il devient à présent possible pour les bouteilles opaques et les barquettes d'être recyclées pour les mêmes usages alimentaires. Celles-ci étaient jusqu'ici « downcyclées », c'est-à-dire valorisées pour une utilité inférieure, comme les textiles et les meubles.

Face à la concurrence du plastique neuf, une obligation européenne prévoit au minimum 30 % de plastique recyclé dans la production. Un débouché garanti, donc. Alors que certains fabricants vont au-delà de ce seuil minimal, le dirigeant de la nouvelle usine en appelle à des mesures de soutien complémentaires pour augmenter ce taux. Il cite l'exemple de la France, qui encourage financièrement les entreprises qui sourcent plus de 30 % de leur production dans du plastique utilisé. L'usine a également des plans pour développer une unité de recyclage chimique pour les emballages en PET que l'on ne peut plus recycler physiquement. Elle requiert cependant des investissements supplémentaires et une maturité du marché.

On apprendait aussi que Fost Plus mène un projet de recyclage de paquets de chips et autres emballages de snacks. Une technique de scannage permet ainsi de trier les flux de matériaux issus du sac bleu à destination alimentaire. Ces innovations ne viennent pas de nulle part. C'est une conséquence directe du règlement PPWR, qui va bientôt entrer en vigueur, à savoir le 12 août, et surtout des objectifs qu'elle impose en termes de réduction de déchets et de recyclage.

Sachant que les systèmes de responsabilité élargie des producteurs doivent couvrir les coûts nécessaires au traitement des déchets, c'est-à-dire le coût-vérité pour

les producteurs de déchets, comment est-ce possible d'augmenter le taux d'utilisation de plastique recyclé au-delà de 30 % sans intervention de subventions publiques ? Vu que l'objectif final est la réduction des quantités d'emballages mises sur le marché, comment l'augmentation des capacités de collecte, de tri et de recyclage peut-elle contribuer à cet objectif ? Vu que le dernier accord interrégional Déchets prévoit un système de consigne, les infrastructures en question sont-elles prêtes à ce changement de paradigme que constitue un système de consigne sur les bouteilles en PET et les canettes ? Enfin, quelles pistes voyez-vous pour accélérer la maturation du marché pour la mise en œuvre de techniques de recyclage complémentaires ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, le Règlement sur les emballages et les déchets d'emballage, usuellement appelé le PPWR, distingue deux objectifs complémentaires : d'une part, l'incorporation de matières recyclées dans les emballages plastiques et, d'autre part, la réduction globale des déchets d'emballage.

Concernant le contenu recyclé, l'article 7 du PPWR impose, à partir de 2030, des teneurs minimales en plastique recyclé postconsommation qui varient selon les catégories d'emballage. Pour certaines bouteilles de boissons en plastique à usage unique, ainsi que certains emballages en PET destinés au contact alimentaire, ce seuil est fixé à 30 %. Dans ce contexte, le renforcement des capacités de collecte, de tri et de recyclage constitue un levier essentiel pour disposer de davantage de matières recyclées et ainsi faciliter l'atteinte de ces objectifs tout en réduisant la dépendance aux matières premières vierges.

En ce qui concerne le financement, la question de la compétitivité économique des matières recyclées par rapport aux matières vierges relève principalement des conditions du marché, de l'évolution de l'offre et de la demande, ainsi que des investissements réalisés dans les filières de collecte, de tri et de recyclage par le système REP. Dans ce contexte, des soutiens publics peuvent accompagner cette dynamique sans pour autant constituer l'unique moyen d'augmenter la part de matières recyclées au-delà des seuils imposés par la réglementation. S'agissant de la réduction des emballages, l'article 43 du PPWR impose aux États membres des objectifs de réduction des déchets d'emballages générés par habitant de 5 % en 2030, de 10 % en 2035, et de 15 % en 2040 par rapport à 2018.

Ces objectifs de réduction visés à l'article 43 reposent davantage sur des mesures de prévention, telles que la diminution du poids et du volume des emballages, la suppression des emballages inutiles, le

développement du réemploi et de la recharge, ainsi que certaines restrictions applicables aux emballages à usage unique.

Les objectifs des articles 7 et 43 se renforcent mutuellement. À mesure que les volumes d'emballages diminuent, les efforts réalisés en matière de collecte, de tri et de recyclage permettent de disposer de davantage de matières recyclées pour les emballages qui restent mises sur le marché. L'atteinte des objectifs de contenu recyclé, fixée par l'article 7, s'en trouve ainsi facilitée.

S'agissant maintenant du développement de techniques de recyclage complémentaires, leur déploiement dépend notamment de la maturité technologique des procédés concernés, de l'existence de débouchés pour les matières produites ainsi que des investissements réalisés par les acteurs de la filière.

Enfin, le PPWR prévoit en son article 50 la mise en place de systèmes de consigne pour certaines catégories d'emballage de boissons à usage unique. Il convient toutefois de rappeler que les modalités concrètes de mise en œuvre ne sont pas encore arrêtées en Belgique et font toujours l'objet de discussions entre les trois Régions dans le cadre de la transposition des nouvelles exigences européennes.

La consigne constitue l'un des outils prévus par le règlement européen pour atteindre les objectifs de la collecte. À ce stade, il est donc prématuré de se prononcer sur les caractéristiques précises d'un éventuel dispositif ou sur des modalités d'organisation.

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

M. Freddy Mockel (Ecolo). – Je relirai de manière posée la réponse lue assez rapidement, mais je vais relever quelques points.

Il n'y a pas si longtemps, la filière de recyclage du plastique PET menaçait de fermer parce qu'il était moins cher d'importer de la matière vierge, notamment depuis la Chine. J'espère qu'il y aura plus de chances qu'un marché se crée via ce règlement parce que je crois que c'est important.

Ce qui est encore plus important, à mon avis, c'est la réduction de la quantité de déchets. J'espère que l'autre aspect de la directive, qui impose des réductions de quantités ainsi que la consigne, aidera à réduire tout simplement la quantité produite. Après tout, ce n'est qu'un contenant.

Question orale
de M. Freddy Mockel
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'issue de la rencontre avec les syndicats
agricoles »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Mockel à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'issue de la rencontre avec les syndicats agricoles ».

La parole est à M. Mockel pour poser sa question.

M. Freddy Mockel (Ecolo). – Monsieur le Ministre, le 30 juin, des membres de votre cabinet, ainsi que ceux de vos collègues chargés du Bien-être animal et de la Culture, ont rencontré la FWA, l'UAW et l'Alliance pour la consigne. À l'issue de cette rencontre, la FWA a publié un communiqué de presse dans lequel elle rappelle qu'une enquête de ses membres réitère l'importance de l'enjeu pour les agriculteurs : près de 78 % répondent que la plus grande gêne est occasionnée par les canettes dans les champs. Un impact économique, émotionnel et éthique par rapport à la souffrance animale et le peu de considération pour des déchets qui pourraient être des ressources.

Entre-temps, on a appris que nos voisins du sud avaient passé le cap. La France annonce l'introduction prochaine d'une consigne, pour 2028-2029. Avec cette décision tombe une grande partie des arguments des achats transfrontaliers, puisque je rappelle qu'à ce moment-là, aussi bien nos voisins de l'est que du nord et du sud pratiqueront la consigne – et mise à part la France, les deux autres depuis un certain temps déjà. On ne peut pas dire que cet argument joue encore. Il serait dommage que l'on soit les seuls et derniers Mohicans isolés en la matière, quitte à accueillir des déchets venant d'autres pays, ce qui serait encore plus malheureux.

Dans votre réponse à mon collègue et président de la Commission, M. Lepine, vous indiquiez ne pas être en mesure de faire un état des travaux préparatifs à un système de consigne de la Commission interrégionale de l'emballage à ce stade. La FWA demande qu'un groupe de travail interrégional sur la consigne soit mis sur pied. De leurs vœux, celui-ci devrait se saisir de la validation des chiffres de collecte et de l'orientation des futures décisions.

Je voudrais d'ailleurs adresser une question qui a été transformée en question écrite à propos du rapport de Fost Plus. Il ne faudrait pas noyer les chiffres pour repousser l'introduction d'une consigne, ou faire miroiter que l'on arrivera à atteindre les objectifs européens par un statu quo.

Quelles suites donnez-vous à la rencontre ? Quand le Parlement pourra-t-il prendre connaissance de l'état d'avancement des travaux préparatoires à la consigne de la Commission interrégionale de l'emballage ? Y défendez-vous la mise en place d'un groupe de travail spécifique ? Comment avez-vous prévu d'associer les fédérations d'agriculteurs, les représentants des consommateurs et les acteurs de la société civile dans ces travaux préparatoires ? Quels échanges existent avec nos pays voisins qui pratiquent ou introduiront bientôt la consigne à propos des échanges transfrontaliers ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, le Règlement européen relatif aux emballages et aux déchets d'emballage prévoit, en son article 50, des obligations visant à atteindre des niveaux élevés de collecte séparée des emballages de boissons. Dans ce contexte, la Wallonie entend participer aux réflexions en concertation avec les autres Régions. Comme vous le savez, on est toujours dans ce processus de discussion. En effet, les réflexions relatives à un éventuel système de consigne sont menées dans le cadre interrégional, comme je viens de l'indiquer en réponse à votre question précédente. Tout cela a pour but, in fine, d'établir une approche du système commune aux trois Régions. Cette approche a déjà été soulignée dans mes réponses précédentes.

En ce qui concerne les travaux préparatoires relatifs à l'application de l'article 50, un groupe de travail interrégional est en cours de constitution en vue du lancement de ses travaux en septembre. Cette instance permettra d'associer les administrations compétentes aux réflexions nécessaires pour atteindre les objectifs européens de collecte séparée des emballages de boissons, ainsi qu'à l'examen des différents outils susceptibles d'y contribuer, dont la consigne. Je suis par ailleurs conscient de l'intérêt manifesté par les organisations agricoles pour ce dossier. Leurs préoccupations et leurs propositions seront prises en considération dans le cadre des concertations avec les parties prenantes qui seront organisées. Des échanges avec des pays ayant déjà mis en place un système de consigne pourraient également contribuer à alimenter les réflexions en cours.

Je rappelle que les chiffres de collecte et de recyclage pris en compte par les autorités publiques sont les chiffres officiels validés par la Commission interrégionale de la REP et que les données communiquées par Fost Plus constituent une première déclaration des producteurs avant les vérifications et contrôles réalisés par la Commission. Elles présentent dès lors un caractère provisoire et ne peuvent être assimilées aux résultats officiels utilisés pour évaluer l'atteinte des objectifs européens ou la nécessité de

mettre en place des mesures complémentaires, telles qu'un système de consigne.

C'est dans cette logique que mon cabinet a rencontré, le 30 juin dernier, la Fédération wallonne de l'agriculture, l'Union des agricultrices wallonnes et l'Alliance pour la consigne, en présence des cabinets compétents pour l'Agriculture et le Bien-être animal. Les représentants ont exposé leurs attentes concernant un éventuel système de consigne sur les canettes et les bouteilles en plastique, ainsi que les impacts liés aux déchets abandonnés constatés dans le monde agricole. Cette rencontre s'inscrit dans le cadre des échanges menés avec les différentes parties prenantes concernées par ce dossier.

À ce stade, aucune décision politique n'a encore été arrêtée quant à l'introduction d'un système de consigne. Le cas échéant, celle-ci devra faire l'objet d'un accord entre nos trois Régions sur la base des analyses réalisées par le groupe de travail. Je continuerai dès lors à soutenir cette approche coordonnée, pragmatique et fondée sur les données disponibles afin que la Wallonie puisse répondre à ses obligations européennes, tout en tenant compte des réalités de terrain et des attentes des secteurs concernés. Outre l'objectif environnemental, il s'agit aussi de protéger les cheptels, le bétail et tout ce qui est mis en danger par les déchets sauvages et les consignes.

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

M. Freddy Mockel (Ecolo). – Je crois que, dans la discussion sur l'instauration ou non d'une consigne, cet aspect n'est pas anecdotique du tout. Je vous remercie pour votre réponse, mais j'ai des doutes sur un élément. Vous avez annoncé qu'il y aura des concertations avec les parties concernées. Je n'ai pas compris dans quel cadre ; lorsqu'on a parlé de démarrer le groupe de travail des administrations en septembre, là, le cadre est clair, mais, à l'inverse, je n'ai pas immédiatement saisi dans quel cadre aura lieu cette concertation-ci. Peut-être pourrions-nous approfondir cela à une autre occasion.

En dernier lieu, en ce qui concerne les chiffres déclarés par Fost Plus, sans étaler toute la question écrite qui a été posée, j'aimerais tout de même clarifier les choses pour tout le monde, car je crois qu'il y a eu un petit tour de passe-passe entre le pourcentage de collecte, qui stagne, et le pourcentage de recyclage. Précisons que ce dernier représente la part de recyclage de ce que l'on a collecté ; autrement dit, bien qu'il soit plus élevé de 30 %, en fait, c'est moins.

(Mme Jacqmin, Vice-Présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)

Question orale
de M. Jean-Pierre Lepine
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la gestion des cadavres d'animaux lors des
épisodes de canicule »

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Lepine à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la gestion des cadavres d'animaux lors des épisodes de canicule ».

La parole est à M. Lepine pour poser sa question.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Monsieur le Ministre, les épisodes de chaleur extrême qui ont touché notre pays ces dernières semaines ont eu des conséquences importantes sur les animaux d'élevage puisque beaucoup de décès ont malheureusement dû être constatés. En France, certaines régions ont été confrontées à une telle hausse de la mortalité animale que les capacités de collecte et de traitement des cadavres ont été mises sous pression. Les autorités ont dès lors autorisé, sous conditions strictes, l'enfouissement de certaines carcasses directement dans les exploitations agricoles, afin d'éviter l'engorgement de la filière d'équarrissage. En Wallonie, la collecte et le traitement des cadavres d'animaux sont assurés par la société Rendac. Dans un contexte de multiplication des épisodes caniculaires liés au dérèglement climatique, il paraît essentiel de s'assurer que cette filière dispose de capacités suffisantes pour faire face à d'éventuels pics de mortalité.

Quel a été le volume de cadavres d'animaux collectés durant cet épisode de canicule ? Comment se compare-t-il aux années précédentes ? La société Rendac a-t-elle rencontré des difficultés de collecte, de transport ou de traitement liées à un éventuel afflux ? Des mesures particulières ont-elles été mises en place pour assurer la continuité du service et prévenir tout risque sanitaire ou environnemental ? Face aux épisodes climatiques extrêmes, qui risquent de se répéter, le Gouvernement dispose-t-il d'un plan de gestion spécifique permettant de faire face à une augmentation importante de la mortalité animale ?

Mme la Présidente. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, la canicule qui a prévalu a eu des incidences notables en termes de surmortalité au sein des cheptels détenus par les agriculteurs et a également conduit à un accroissement de la mortalité parmi les animaux détenus par des hobbyistes, tant au nord qu'au sud du pays.

En date du lundi 29 juin, l'administrateur délégué de Rendac a adressé un courrier à l'administration reprenant les termes suivants : « En Wallonie, nous enregistrons actuellement 766 demandes en attente, contre 50 à 100 un lundi habituel. En Flandre, nous comptabilisons actuellement 2 333 demandes en attente, alors qu'un lundi ordinaire en compte généralement entre 300 et 400. Par ailleurs, nous constatons que les volumes par demande sont souvent 3 à 4 fois plus élevés que d'habitude. Nos camions se remplissent donc plus vite, ce qui nous oblige à effectuer plusieurs rotations par jour. Ces circonstances entraînent des retards, ce qui compromet notre objectif d'assurer la collecte dans les deux jours ouvrables suivant la demande de collecte. Notre flotte logistique est mobilisée à sa capacité maximale et nous faisons également appel à des transporteurs externes pour la collecte de grands volumes – grandes carcasses – dans les élevages à l'aide d'une flotte alternative ».

Les chiffres communiqués par Rendac confirment l'ampleur de la situation. Entre les semaines 23 et 27, les tonnages collectés ont pratiquement doublé, passant d'un peu plus de 400 tonnes à plus de 800 tonnes, tandis que le nombre d'enlèvements est passé d'environ 2 300 à près de 3 800. Cette augmentation a concerné principalement les bovins, mais également les porcins et les volailles. À ce stade, je ne dispose pas d'éléments consolidés permettant une comparaison précise avec les années précédentes, mais les données communiquées par Rendac attestent du caractère exceptionnel de l'épisode que nous avons vécu.

Le 2 juillet, Rendac faisait encore état de retards dans sa collecte de carcasses. Ceux-ci ont toutefois été résorbés grâce à l'organisation de tournées supplémentaires et à la reprise des enlèvements durant le week-end. Le 8 juillet, l'entreprise informait l'administration que le rythme normal de collecte avait été rétabli.

Pour ce qui concerne le traitement des cadavres, les capacités disponibles sur le site de transformation de Denderleeuw n'ont pas constitué un goulot d'étranglement. Rendac a donc adapté son organisation opérationnelle en augmentant l'activité de collecte, en organisant des tournées supplémentaires et en recourant à des moyens logistiques externes. Malgré ces mesures, des retards ponctuels ont été observés, ce qui illustre le caractère exceptionnel de l'épisode rencontré.

Pour ce qui concerne l'enfouissement des animaux morts au sein d'exploitations agricoles, le règlement 1069/2009 définit, en son article 19, les circonstances dans lesquelles une telle pratique peut être autorisée par l'autorité compétente. Le règlement 142/2011 précise ces dispositifs et encadre strictement l'application. Les États membres ne disposent donc que d'une marge de manœuvre limitée en la matière.

Cet épisode a démontré la capacité de la filière à absorber une hausse importante et soudaine – terrible – de la mortalité animale. Les enseignements qui pourront en être tirés contribueront à renforcer encore la préparation des acteurs concernés face à la répétition probable de tels épisodes climatiques extrêmes. L'administration demeure par ailleurs en contact avec les opérateurs concernés afin d'assurer un suivi de la situation et d'identifier, le cas échéant, les améliorations organisationnelles qui pourraient être utiles à l'avenir.

On rend hommage à tous ces travailleurs et ces agriculteurs qui ont dû gérer cette crise animale et ses conséquences.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Lepine.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour votre réponse précise.

Nous sommes face à un phénomène tout à fait inhabituel et exceptionnel vu le nombre de décès de bovins et autres. Le problème se situe surtout dans le chef des éleveurs qui se sont retrouvés avec des carcasses et des animaux morts durant deux jours.

Vous m'avez un peu rassuré en me disant que Rendac a correctement effectué son boulot en utilisant des moyens supplémentaires, comme des transports supplémentaires. Je veux bien l'entendre, mais il s'agit d'une situation que l'on ne souhaite plus revivre malgré ces temps difficiles. Vous me rassurez en me disant que la gestion a été plus ou moins correcte et assurée.

Face à un phénomène pareil, on reste quelquefois impuissant. Il est malheureux que toutes ces bêtes soient mortes de la canicule.

**Question orale
de M. Jean-Pierre Lepine
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la généralisation des citernes à eau de
pluie »**

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Lepine à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la généralisation des citernes à eau de pluie ».

La parole est à M. Lepine pour poser sa question.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Monsieur le Ministre, les épisodes de sécheresse se multiplient. La préservation de la ressource en eau devient dès lors un enjeu majeur, tant pour les ménages que pour les activités économiques. L'eau potable continue pourtant

d'être utilisée pour des usages ne nécessitant pas une qualité alimentaire, telle que l'alimentation des chasses d'eau, l'entretien du logement ou encore l'arrosage des espaces extérieurs en ajoutant peut-être le nettoyage des voitures. Dans ce contexte, la récupération de l'eau de pluie pourrait constituer un levier intéressant pour réduire la consommation d'eau potable.

Contrairement aux deux autres Régions du pays, la Wallonie n'impose pas l'installation de citernes d'eau de pluie dans les nouvelles constructions. Dans la pratique, certaines communes intègrent toutefois cette exigence dans le cadre de la délivrance des permis d'urbanisme. C'était le cas de la mienne.

La généralisation de l'installation de citernes d'eau de pluie dans les nouvelles constructions et les rénovations importantes, tout en garantissant l'absence de connexion avec le réseau d'eau potable, est-elle étudiée ? Cette piste a-t-elle déjà été analysée dans le cadre des politiques wallonnes de gestion durable de l'eau ? Si oui, quelles en ont été les conclusions ? Le Gouvernement dispose-t-il d'évaluations quant à l'impact qu'une telle mesure pourrait avoir sur la consommation d'eau potable et sur la résilience du réseau de distribution lors des périodes de sécheresse ?

Mme la Présidente. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, la récupération de l'eau de pluie constitue effectivement un levier intéressant pour réduire l'utilisation d'eau potable pour certains usages ne nécessitant pas une qualité alimentaire.

Complémentairement, les citernes d'eaux de pluie peuvent également contribuer à la temporisation des eaux pluviales lorsqu'elles sont correctement dimensionnées, effectivement utilisées et qu'une partie de leur volume est mobilisable entre deux épisodes pluvieux.

À ce stade, le Gouvernement wallon n'envisage toutefois pas d'instaurer une obligation régionale généralisée d'installation de citernes d'eau de pluie applicable à l'ensemble des nouvelles constructions ou des rénovations importantes. Les analyses menées dans le cadre des réflexions relatives à la gestion durable de l'eau et des eaux pluviales ont mis en évidence l'intérêt des citernes pour la valorisation locale de l'eau de pluie, mais également la nécessité d'adapter les solutions aux caractéristiques de chaque projet et de chaque site. Une obligation uniforme à l'échelle régionale n'a dès lors pas été retenue à ce stade.

La Wallonie privilégie ainsi une approche proportionnée tenant compte de la diversité des situations rencontrées sur l'ensemble de son territoire.

Je vous informe toutefois que, à l'initiative de mon collègue, François Desquesnes, le ministre du Territoire et des Pouvoirs locaux, un point est soumis au Gouvernement de ce jeudi en vue de prendre acte d'une circulaire ministérielle relative à la gestion des eaux pluviales dans le cadre des demandes de permis d'urbanisme.

Cette circulaire rappelle notamment que les autorités compétentes disposent déjà, dans le cadre du CoDT, de la possibilité d'imposer des mesures de gestion des eaux pluviales adaptées aux caractéristiques d'un projet, parmi lesquelles l'installation d'une citerne de récupération d'eau de pluie lorsqu'elle apparaît pertinente et proportionnée.

Elle vise à favoriser une prise en compte plus systématique de la gestion des eaux pluviales à la source ainsi qu'une application cohérente de ces principes sur l'ensemble du territoire wallon. Les citernes y sont notamment identifiées comme des dispositifs importants de réutilisation et de temporisation, pouvant être combinées avec d'autres dispositifs de gestion ou d'évacuation des eaux pluviales, dans le respect de la hiérarchie prévue par le Code de l'eau.

S'agissant des effets attendus d'une telle mesure sur la consommation d'eau potable et sur la résilience du réseau, il est admis que les citernes permettent de diminuer la consommation d'eau de distribution pour certains usages lorsque les conditions météorologiques sont favorables et que les installations sont correctement dimensionnées et utilisées. Elles présentent également l'intérêt d'éviter que de l'eau destinée à être utilisée pour des sanitaires, l'entretien ou l'arrosage ne doive être prélevée, traitée, rendue potable puis distribuée, alors même que ces usages ne nécessitent pas une qualité alimentaire.

En revanche, aucune évaluation ne permet aujourd'hui de conclure qu'une généralisation des citernes constituerait, à elle seule, une réponse déterminante aux tensions observées sur le réseau lors des épisodes de sécheresse. Durant les périodes prolongées de déficit pluviométrique, les réserves des citernes peuvent, en effet, s'épuiser rapidement, entraînant un retour vers le réseau public au moment même où les besoins augmentent.

La Wallonie privilégie dès lors une approche globale de gestion durable de l'eau et des eaux pluviales, dans laquelle les citernes peuvent constituer un outil utile parmi d'autres, tant pour la préservation de la ressource que pour une meilleure gestion des eaux pluviales, sans qu'une obligation généralisée soit envisagée à ce stade.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Lepine.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour votre réponse. Je suis heureux que le Gouvernement wallon se penche, dans les prochains jours, sur la problématique. Par contre, je

ne serai pas du même avis que vous : il serait utile d'imposer à toute nouvelle construction, aujourd'hui, dans les lotissements communaux, la pose d'une citerne. Cela pourrait permettre la récupération, de recueillir les eaux et de faire en sorte que les citernes servent à d'autres choses que l'alimentaire, mais aussi à diminuer les factures d'eau des citoyens en l'utilisant, par exemple, pour des chasses d'eau, l'entretien du ménage ou autre.

Question orale
de M. Jean-Pierre Lepine
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « les nuisances olfactives occasionnées par la
station d'épuration à Wasmuël »

Mme la Présidente. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Lepine à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les nuisances olfactives occasionnées par la station d'épuration à Wasmuël ».

La parole est à M. Lepine pour poser sa question.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Monsieur le Ministre, je vais vous parler du plus beau village de Wallonie. Pour les non-initiés, Wasmuël fait partie de Quaregnon puisque cette entité est composée des communes de Quaregnon et Wasmuël. J'ai la « chance » d'avoir une station d'épuration sur le territoire de ma commune. Vous allez comprendre pourquoi je dis que j'ai de la « chance ».

Ces derniers jours, de nombreux riverains de la station d'épuration de Wasmuël ont signalé d'importantes nuisances olfactives affectant leur qualité de vie. Selon l'IDEA, propriétaire des lieux, ces nuisances feraient suite à plusieurs coupures de courant survenues le 28 juin. Si l'intercommunale indique que les installations fonctionnent à nouveau normalement, les fortes chaleurs et l'absence de vent auraient favorisé la persistance des odeurs.

Cette station constitue une infrastructure essentielle pour la région puisqu'elle assure le traitement des eaux usées d'environ 250 000 habitants de Mons-Borinage. Son rôle environnemental est incontestable. Il importe toutefois de concilier cet intérêt général avec le droit des riverains à un cadre de vie de qualité.

IDEA a annoncé qu'elle réaliserait plusieurs démarches : une visite du Département de la police et des contrôles le 16 juillet, des analyses complémentaires confiées à la société Odometric, l'étude d'un dispositif indépendant de collecte des signalements des riverains et la poursuite du suivi olfactif prévu dans le cadre des obligations environnementales.

Les conclusions du DPC et des analyses d'Odometric seront-elles rendues publiques et communiquées aux riverains ? Votre administration accompagnera-t-elle l'IDEA dans la mise en œuvre de mesures complémentaires si les investigations confirment l'existence de nuisances persistantes ? Soutenez-vous la mise en place d'un dispositif indépendant et permanent de recueil et d'analyse des plaintes des riverains afin d'assurer un suivi objectif de la situation ? Plus largement, Monsieur le Ministre, quelles actions envisagez-vous afin de garantir un juste équilibre entre le bon fonctionnement de cette infrastructure indispensable et la protection durable du cadre de vie des habitants ?

Mme la Présidente. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, la station d'épuration de Wasmuël assure le traitement des eaux usées d'environ 250 000 habitants de Mons-Borinage et constitue à ce titre une infrastructure essentielle pour la protection de l'environnement. Cette mission doit toutefois être conciliée avec la préservation de la qualité de vie de l'ensemble des riverains.

Selon les informations communiquées par l'exploitant, les nuisances olfactives récemment constatées seraient liées à des perturbations électriques survenues le 28 juin 2026, combinées à des conditions météorologiques exceptionnelles – nous étions en pleine canicule – caractérisées par de fortes chaleurs et une absence de vent. Les installations fonctionnent à nouveau normalement, mais des riverains ont également signalé des nuisances antérieures à cet épisode, ce qui justifie bien sûr la poursuite des investigations.

Faisant suite aux signalements reçus, l'exploitant a adressé le 1^{er} juillet 2026 un courrier d'information aux riverains. Cette communication présentait des excuses de l'exploitant pour les désagréments occasionnés, les éléments techniques connus à ce stade, ainsi que les mesures déjà mises en œuvre afin de limiter durablement les nuisances olfactives. Une réponse du comité des riverains a ensuite été reçue. Celle-ci fait état d'une appréciation différente quant à l'origine des nuisances et considère que celles-ci ne se limiteraient pas aux seuls événements survenus fin juin, mais s'inscrirait dans une problématique plus ancienne.

Afin d'objectiver la situation, plusieurs démarches ont été engagées. Une visite du Département de la police et des contrôles est prévue le 16 juillet. Il est à noter que les conclusions du Département de la police et des contrôles n'ont cependant pas vocation à être rendues publiques. Le DPC exerce une mission de contrôle et de police au bénéfice de l'autorité publique, dans le respect des règles applicables aux enquêtes administratives et judiciaires. Les suites qui pourraient

être données aux constats réalisés seront traitées conformément aux procédures prévues par la législation environnementale et seront couvertes par le secret de l'information et de l'instruction judiciaire.

Par ailleurs, des analyses complémentaires ont été confiées à une société spécialisée par l'exploitant, et la possibilité de mettre en place un dispositif indépendant de collecte et d'analyse des signalements des riverains est actuellement examinée.

Je suis favorable à ce que les résultats de ces analyses complémentaires soient communiqués de manière transparente aux autorités locales et aux riverains. Si les constats de terrain mettent en évidence des nuisances persistantes, mon administration accompagnera l'exploitant dans l'identification et la mise en œuvre des mesures complémentaires qui s'imposeraient.

Plus largement, des investissements et actions de réduction des nuisances sont déjà menés sur le site, notamment en matière de surveillance des émissions, d'amélioration des équipements et de modernisation de cette station. Je resterai attentif à l'évolution de ce dossier afin de garantir un juste équilibre entre le fonctionnement de cette infrastructure indispensable, mais aussi la protection durable du cadre de vie des habitants.

Mme la Présidente. – La parole est à M. Lepine.

M. Jean-Pierre Lepine (PS). – Monsieur le Ministre, je ne vous mentirais pas en vous disant que c'est un dossier que je connais très bien. En 2012, lorsque j'étais aux manettes de la commune, et six mois avant les élections, c'est la première alerte que nous avons eue avec ce problème olfactif inexplicable puisqu'il est situé sur une bande de 200 ou 300 mètres dans le village. Cela concerne 300 ou 400 habitants. Ceux qui sont de l'autre côté de la rue ne sentent pas d'odeur. Il y a réellement un gros problème. En 2012, j'ai fait stopper cette usine de traitement des boues. Je dois reconnaître que des investissements importants ont été réalisés dans la foulée et que cela faisait quelques années que le problème ne se posait plus.

Pourquoi le 28 juin ? Pas seulement parce que cela avait commencé bien avant. Depuis début juin, ces odeurs pestilentielles sont infernales pour les habitants et pour les riverains qui n'osent plus mettre leur linge à sécher dehors ni ouvrir leurs fenêtres. Aujourd'hui, vous me rassurez un peu parce que vous me dites quand même que des études seront réalisées. Je regrette simplement que le comité de riverains ne puisse pas être informé réellement de ce qu'il se passe à l'intérieur. Croyez-moi, il fait bon vivre à Quaregnon, mais il ne fait pas bon vivre à Wasmuël aujourd'hui.

(M. Lepine, Président, reprend place au fauteuil présidentiel)

**Question orale
de M. Yves Evrard
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la simplification administrative des
manifestations sportives motorisées »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Evrard à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la simplification administrative des manifestations sportives motorisées ».

La parole est à M. Evrard pour poser sa question.

M. Yves Evrard (MR). – Monsieur le Ministre, j'entends depuis le début de cet après-midi que l'on vous demande de trouver des solutions et d'avoir une baguette magique à de nombreux problèmes. Vous avez ici réellement la capacité d'agir, me semble-t-il. Je reviens sur les différents échanges que vous avez eus avec mes collègues parlementaires. Je sais qu'Anne Laffut vous a interrogé, il y a quelques mois, sur l'organisation de manifestations sportives motorisées, singulièrement l'organisation de week-ends de motocross. Vous indiquiez qu'un groupe de travail avait été relancé afin d'examiner les pistes d'évolution et le régime applicable à ce genre d'événements. Vous précisiez notamment qu'une réflexion était menée sur l'adaptation des conditions des permis d'environnement de classe 2, afin de permettre que les trois jours d'activité autorisés puissent être répartis sur six demi-journées.

C'est une avancée positive, puisqu'elle offre un petit peu plus de flexibilité. Toutefois, plusieurs organisateurs, dont je partage les analyses, continuent de faire état de démarches administratives particulièrement lourdes pour l'organisation de manifestations temporaires. Sans remettre en cause les objectifs de protection de l'environnement, ils estiment que certaines procédures, conçues pour des activités permanentes, ne sont pas toujours adaptées à des manifestations organisées quelques jours par an. Reconnaissons, pour celles et ceux qui ont eu la pratique dans les mains, que l'on doit répondre à des formulaires lourds, où l'on pose toute une série de questions du genre : combien de frigos de tel type ou de tel autre type vont-ils être raccordés ? Parallèlement à cela, on constate que des événements similaires, qui font parfois autant de bruit, notamment les concerts, et générant une forme de nuisance, ne sont pourtant pas soumis au même genre de contraintes.

Depuis des années, le secteur est relativement discriminé et il est utile et nécessaire de faire évoluer les choses. Où en est le groupe de travail ? Là aussi, dans ce domaine que je connais bien depuis de nombreuses années, les ministres successifs – je ne jette la pierre à

personne – ont toujours dit : « On va mettre en place des groupes de travail ». Cela dure depuis 20 ans. On ne voit jamais rien venir. Il est temps de faire évoluer les choses. On me dit qu'il y a une certaine forme de réticence – je ne suis pas juge – de la part de l'un ou l'autre collaborateur de votre cabinet. Je voulais vous entendre sur cette nécessité d'avancer.

Les adaptations évoquées concernant les permis de classe 2 sont-elles toujours à l'étude ? Si oui, selon quel calendrier pourraient-elles être mises en œuvre ? Dans le cadre de la réforme du permis d'environnement, le Gouvernement entend-il examiner plus largement les démarches administratives applicables aux manifestations sportives motorisées temporaires afin d'identifier les procédures qui pourraient être simplifiées ou adaptées à leur caractère occasionnel, tout en maintenant les garanties environnementales nécessaires ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, comme je l'ai en effet indiqué précédemment, un groupe de travail s'est réuni, il y a déjà plusieurs mois, afin de rassembler les acteurs du secteur, les administrations et les différents cabinets concernés. Cette première réunion a permis de faire le point sur des réflexions qui avaient été engagées lors de la précédente législature et d'identifier les principales attentes du secteur.

Vous n'êtes pas sans savoir, Monsieur le Député, que la volonté du Gouvernement est de mener une réforme ambitieuse du permis d'environnement. Au cours de ces derniers mois, plusieurs chantiers prioritaires ont été menés, avec des avancées importantes. Je pense notamment à la dématérialisation des procédures, au renforcement des services chargés des permis d'environnement ou encore aux travaux de simplification de la réglementation, toujours en cours. Ces dossiers ont mobilisé de manière importante tant l'administration que mon cabinet, avec l'affectation de ressources complémentaires.

Dans ce contexte, les travaux spécifiques relatifs aux conditions sectorielles applicables aux circuits de motocross n'ont pas encore pu aboutir à des propositions concrètes de modification. Parallèlement, l'administration a mené un travail d'analyse plus global des rubriques de classement afin d'identifier celles qui devraient être révisées en priorité. Ce travail, qui est en voie de finalisation, doit permettre de définir les adaptations les plus pertinentes pour simplifier les procédures, tout en garantissant un niveau élevé de protection de l'environnement et une sécurité juridique accrue.

Conscient des attentes du secteur des sports motorisés, j'ai toutefois demandé à mon cabinet de relancer rapidement les échanges sur cette thématique. Une nouvelle réunion sera organisée avec les cabinets concernés, les administrations compétentes et les représentants du secteur afin de reprendre les discussions sur les adaptations envisageables dans la rubrique relative aux circuits de motocross. Dans ce cadre, différentes pistes pourront être examinées, notamment celle visant à offrir davantage de souplesse dans la répartition des jours d'activité actuellement autorisés, par exemple autour des jours de compétition. Ces propositions devront naturellement faire l'objet d'une analyse technique et juridique afin de garantir un équilibre entre les besoins du secteur et la protection des riverains ainsi que de l'environnement. J'espère que ces travaux permettront de dégager rapidement des solutions équilibrées et pragmatiques répondant aux attentes légitimes du secteur, tout en préservant les objectifs environnementaux poursuivis par la réglementation.

Par ailleurs, mon cabinet a récemment été sensibilisé par la Fédération de motocross à certaines difficultés rencontrées dans le cadre de l'instruction des dossiers. Il apparaît que certaines directions extérieures du Département des permis et autorisations – la DPA – solliciteraient des informations ou des documents qui ne sont pas systématiquement demandés par d'autres directions extérieures pour des dossiers similaires.

Mon cabinet a donc pris connaissance de ces préoccupations, et je veillerai à les transmettre à l'administration afin qu'elles puissent être examinées avec toute l'attention requise. Il est en effet essentiel que les pratiques administratives soient harmonisées sur l'ensemble du territoire et que les porteurs de projet bénéficient d'un traitement cohérent, quelle que soit la direction extérieure compétente.

Monsieur le Député, je vous tiendrai au courant de l'évolution et de l'avancée des simplifications par rapport aux dimensions évoquées.

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

M. Yves Evrard (MR). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour votre réponse dont la dernière partie me rassure, puisque vous parlez de revendications légitimes. Elles le sont parfaitement. Elles s'inscrivent dans une motion que j'ai eu le plaisir de porter il y a trois ans, qui a été votée à l'unanimité par rapport à ces pratiquants qui sont, depuis des années, discriminés. Interdire 100 % du territoire n'a pas de sens. Ici, dans des manifestations de surcroît temporaires, je crois qu'il faut fixer un cadre qui soit équivalent, ni plus ni moins, à celui qui prévaut pour d'autres types d'événements ou d'autres types d'organisations.

En la matière, j'espère que le groupe de travail pourra aboutir rapidement. Il y a réellement des possibilités de trouver un juste équilibre qui préserve les intérêts environnementaux, mais également ceux de la pratique sportive, trop souvent discriminée. Je compte sur vous pour faire évoluer les choses. Ce ne serait que de droit au regard de la manière dont on a traité ces pratiquants depuis des années.

**Question orale
de M. Nicolas Janssen
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la participation citoyenne dans l'éolien
onshore »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Janssen à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « la participation citoyenne dans l'éolien *onshore* ».

La parole est à M. Janssen pour poser sa question.

M. Nicolas Janssen (MR). – Monsieur le Ministre, par son arrêt du 2 juillet dernier, la Cour constitutionnelle a annulé les dispositions du décret wallon imposant aux développeurs de projets éoliens d'ouvrir au minimum 24,99 % de leur projet à la participation citoyenne, et 24,99 % à celle des pouvoirs locaux ; ainsi que les dispositions faisant de cette participation un critère de sélection entre certains projets concurrents.

La Cour estime que cette obligation portait une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre. Cette décision apporte une clarification juridique et devrait contribuer à renforcer la sécurité juridique des porteurs de projets, tout en permettant de poursuivre le développement des énergies renouvelables dans un cadre plus équilibré. La Cour reconnaît néanmoins l'intérêt des mesures visant à favoriser la participation citoyenne, notamment pour renforcer l'acceptabilité sociale des projets éoliens, accélérer la transition énergétique et contribuer à la lutte contre le changement climatique.

Quel impact cette décision de la Cour constitutionnelle pourrait-elle avoir sur les compétences et les politiques relevant de votre portefeuille ministériel ? Cette clarification juridique est-elle de nature à faciliter le développement des projets de transition énergétique et donc le nombre de permis éoliens octroyés ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, j'ai pris connaissance de l'arrêt de la Cour constitutionnelle annulant les articles 5 et 6 du décret du 29 avril 2024. Ces articles prévoyaient notamment que les citoyens, comme les pouvoirs locaux, puissent participer à tout projet éolien pour un minimum de 24,99 % chacun. Je prends acte du fait que la Cour considère que ces dispositifs avaient eu pour conséquence de restreindre, de manière disproportionnée, la liberté d'entreprendre et la libre circulation des capitaux. Je relève cependant que, selon la Cour, ces dispositions étaient de nature à renforcer l'acceptabilité sociale des projets éoliens afin d'accélérer rapidement la transition énergétique et de lutter contre le changement climatique.

Toute action permettant de réduire l'effet NIMBY, que l'on constate fréquemment lorsqu'il s'agit de permis éolien, est bénéfique, au regard des objectifs poursuivis en matière de réduction des émissions de CO₂. J'estime par ailleurs peu probable que ces mesures aient eu un impact sur le nombre de permis délivrés. Tout au plus aurait-on pu éviter certains recours au Conseil d'État, qui ont pour effet de ralentir, sans d'office empêcher – heureusement – la mise en œuvre des projets éoliens. Quoi qu'il en soit, les dispositions annulées n'auraient exercé aucune influence sur l'impact environnemental des projets, lesquels doivent de surcroît faire l'objet de demandes de permis uniques, qui relèvent des compétences de mon collègue, le ministre François Desquesnes.

À la suite de cet arrêt de la Cour constitutionnelle, je souhaite tout de même pouvoir lancer une nouvelle réflexion avec mes collègues du Gouvernement, l'administration et différents acteurs du secteur. L'objectif est de savoir s'il est possible de mettre en œuvre de nouvelles dispositions qui pourraient renforcer le partenariat entre les promoteurs éoliens et les citoyens, mais aussi les pouvoirs locaux.

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

M. Nicolas Janssen (MR). – Monsieur le Ministre, comme vous l'avez rappelé, la participation citoyenne peut contribuer à l'ancrage local et à l'acceptabilité des projets éoliens, mais doit s'inscrire dans un cadre clair, proportionné et respectueux de la liberté d'entreprendre, selon les termes de la Cour. Cette décision constitue une invitation à construire un dispositif juridiquement sûr et qui encourage la participation sans imposer des contraintes excessives. C'est dans ce cadre que nous devons évoluer.

Question orale

de M. Loris Resinelli

à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale,
sur « les fortes fumées dégagées au niveau du zoning pétrochimique de Feluy-Écaussinnes »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Resinelli à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les fortes fumées dégagées au niveau du zoning pétrochimique de Feluy-Écaussinnes ».

La parole est à M. Resinelli pour poser sa question.

M. Loris Resinelli (Les Engagés). – Monsieur le Ministre, il y a quelques jours maintenant, de nombreux citoyens ont alerté les autorités communales d'Écaussinnes d'un dégagement de fortes fumées qui émanait des torchères situées dans le zoning pétrochimique de Feluy, se trouvant à la limite du territoire d'Écaussinnes.

J'ai eu l'occasion de voir ces fumées ; elles étaient effectivement assez impressionnantes. Cela pose les questions de savoir d'où elles proviennent, de quoi il s'agit, si elles sont inquiétantes pour la qualité de vie des riverains, pour leur environnement immédiat, et également quant à d'éventuels dépassements de seuils en termes de qualité de l'air et d'émissions.

Dès lors, avez-vous été mis au courant de ces dégagements de fumées importants dans le zoning de Feluy ? Des contrôles et vérifications ont-ils été menés sur site, notamment dans le cadre de potentiels dépassements de normes ? Connaît-on les raisons de ces dégagements importants ? Enfin, confirmez-vous que la situation est revenue à la normale afin de permettre de rassurer les nombreux citoyens ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, les fumées observées proviennent des torchères de l'établissement TotalEnergies de Feluy. Les torchères constituent un équipement de sécurité essentiel. Leur rôle est de permettre l'évacuation et la combustion contrôlée de gaz lorsque les conditions d'exploitation ne permettent plus leur traitement normal au sein des unités de production. Elles participent ainsi à la prévention des suppressions, à la protection de l'intégrité des installations et à la sécurité des travailleurs, des riverains et de l'environnement.

Les épisodes de mise en torchère peuvent survenir dans différentes situations :

- lors d'un arrêt programmé d'unités, nécessaire à la réalisation des opérations de maintenance ;
- lors des phases de démarrage ou de redémarrage des installations ;
- à la suite de perturbations techniques imprévues.

Dans chacun des cas, l'envoi de gaz vers les torchères est une mesure de sécurité et ne constitue pas une infraction environnementale. Ces éléments de sécurité ne font l'objet d'aucune valeur limite quant aux rejets dans l'atmosphère, que ce soit dans les permis ou dans la réglementation environnementale. En l'occurrence, l'exploitant a informé l'administration que des arrêts pour maintenance sont en cours sur certaines unités, ce qui entraîne l'envoi de gaz vers les torchères. À titre d'information, les enclenchements de torchères prévisibles sont notifiés sur le site de la Commune de Seneffe. Par contre, les envois en torchères résultant de perturbations techniques imprévues ne peuvent pas être préalablement annoncés.

Selon les informations recueillies par le Département de la police et des contrôles, les opérations de maintenance se terminent et la fréquence d'utilisation des torchères devrait dès lors être limitée. Le Département de la police et des contrôles a sollicité de l'exploitant des informations complémentaires afin d'investiguer sur les mesures déjà mises en œuvre ou envisagées afin d'en réduire la fréquence. Le DPC a également demandé des précisions sur les dispositions prises pour limiter les importants dégagements de fumées associés à ces épisodes.

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

M. Loris Resinelli (Les Engagés). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour ces explications claires qui permettront de rassurer la population. Vous avez dit qu'il s'agissait de mesures de sécurité ; il est évidemment préférable que ces gaz puissent s'évacuer par ce moyen plutôt que de créer une surpression et, donc, des risques nettement plus importants pour les nombreux travailleurs du site de Total à Feluy, mais aussi pour les riverains de Feluy et d'Écaussinnes qui sont à proximité de ce site.

Je vous remercie aussi pour toutes les informations que vous nous avez données sur les améliorations possibles pour que ces phénomènes de sécurité soient de plus en plus limités et pour que ces dégagements de fumées soient de mieux en mieux contrôlés et maîtrisés afin que tout cela ne s'échappe pas dans l'air que nous respirons toutes et tous.

Question orale
de M. Stéphane Hazée
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'impact du rapport annuel 2025 de
l'Institut fédéral des droits humains (IFDH) sur
les politiques régionales et la nécessité
d'avancer vers l'interfédéralisation »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de M. Hazée à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « l'impact du rapport annuel 2025 de l'Institut fédéral des droits humains (IFDH) sur les politiques régionales et la nécessité d'avancer vers l'interfédéralisation ».

La parole est à M. Hazée pour poser sa question.

M. Stéphane Hazée (Ecolo). – Monsieur le Ministre, je suis content de vous permettre de vous exprimer une dernière fois devant notre Commission – du moins, pour cette session – sur la thématique de l'égalité.

Le rapport annuel 2025 de l'Institut fédéral des droits humains vient de paraître. Chaque année, ce document constitue le baromètre de notre État de droit et nous rappelle à nos obligations fondamentales. À la lecture de ce rapport, qui fait cette année un focus sur les atteintes aux droits sociaux, plusieurs points de vigilance concernent aussi les compétences de la Wallonie.

Cela étant, alors que les droits humains sont indivisibles par nature, l'organe chargé de les protéger est actuellement structurellement fragmenté puisque, en raison de l'absence actuelle – et, je l'espère, provisoire – d'interfédéralisation, l'institut souffre d'un angle mort constitutionnel pour examiner pleinement les compétences de la Wallonie.

Rappelons que l'interfédéralisation de l'IFDH est prévue par sa loi constitutive et activement promue par l'institut. Elle revêt une importance stratégique pour renforcer la protection des droits fondamentaux des citoyennes et citoyens en Belgique, et leur garantir une protection plus cohérente et plus accessible de leurs droits, quel que soit le niveau de pouvoir concerné. Par ailleurs, elle est nécessaire pour permettre à l'institut d'obtenir un statut pleinement conforme aux célèbres Principes de Paris, à avoir le statut A.

C'est un constat que l'institut fait à la page 47 de son rapport : « Si certaines recommandations relèvent des compétences fédérales, pour lesquelles l'Institut peut pleinement exercer son mandat, la plupart d'entre elles pourraient également concerner des matières relevant des entités fédérées. Pour ces matières,

l'institut ne peut ni en accompagner la mise en œuvre ni en assurer le suivi ».

Cette fragmentation de nos outils de régulation crée des zones de non-droit administratif et nuit, à notre sens, à l'efficacité des services dus à la population. L'institut insiste d'ailleurs sur ce point : « Dans un État fédéral comme la Belgique, où de nombreuses compétences ayant un impact direct sur les droits humains relèvent à la fois du niveau fédéral et des entités fédérées ou sont exercées conjointement, la limitation du mandat de l'institut au niveau fédéral engendre dès lors des lacunes importantes dans le dispositif de protection des droits fondamentaux ».

Point plus récent et qui concerne directement le Gouvernement wallon : l'institut pointe aussi le fait qu'il ne peut rendre d'avis que sur des questions relevant des compétences fédérales. Il ne peut donc pas, à ce stade en tout cas, se prononcer sur des projets ou sur des propositions de décret émanant des Gouvernements ou Parlements des entités fédérées, même lorsqu'il soulève des enjeux significatifs en matière de droits humains, et même lorsque ces Gouvernements le souhaiteraient eux-mêmes. Votre collègue en charge des Pouvoirs locaux, François Desquesnes, en a fait l'expérience négative récemment, puisqu'il a reçu une réponse défavorable à sa requête visant à recueillir l'avis de l'institut sur un récent projet de décret, que l'on examinera d'ailleurs en séance plénière mercredi, pour cause de limites de son mandat.

Autre élément d'actualité, la même recommandation d'interfédéralisation a aussi été formulée par plusieurs États extérieurs à la Belgique lors de l'examen périodique universel en date du 6 mai dernier. J'imagine que votre collègue fédéral, en charge des Affaires étrangères, vous en aura parlé. C'est donc cette procédure où, au sein de l'Union européenne, les différents États s'examinent réciproquement quant à leur niveau d'atteinte de l'État de droit. Maintenant, ce n'est plus seulement une question théorique, mais bien une question, et ce, tant en interne à notre pays qu'à l'extérieur. Et n'évoquons pas le lien avec la volonté d'avancer également à l'échelle interfédérale sur l'OPCAT.

Dès lors, Monsieur le Ministre, je reviens à mes questions. Face à ces constats, nous pensons en tout cas que la Wallonie doit jouer un rôle moteur en matière de changement, plutôt que spectatrice des blocages institutionnels que l'on sait nombreux dans ce pays. Dès lors, quelle est la stratégie du Gouvernement pour faire avancer réellement et concrètement le processus d'interfédéralisation ? Des contacts ont-ils été pris depuis notre dernier questionnement ? C'était il y a plus de six mois, avec la ministre fédérale de la Justice, qui est titulaire du dossier en première instance au niveau fédéral.

Avez-vous saisi la conférence interministérielle ? Une note reprenant d'éventuelles demandes du Gouvernement en matière de coopération interfédérale a-t-elle été formellement adressée à l'autorité fédérale et aux autres entités afin d'initier la négociation de l'accord de coopération, parce que c'est lui qui est nécessaire pour pouvoir aboutir ? Au passage, l'audition de l'Institut fédéral des droits humains, qui n'avait pas été possible l'an dernier, pourrait certainement, à cet égard, éclairer la Commission sur l'importance de cet enjeu et son rôle bienvenu pour protéger les droits humains.

Enfin, l'institut a alors recommandé de manière générale aux autorités de réaliser un contrôle du but légitime et de la proportionnalité de chaque mesure de recul du niveau de protection des droits sociaux et d'inclure dans l'analyse d'impact l'impact global et cumulé de différentes mesures, ainsi que des indicateurs et des évaluations scientifiques. Comment avez-vous prévu d'intégrer ces recommandations à cet égard, afin d'assurer l'utilisation d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pertinents pour mesurer l'impact réel et cumulé des choix budgétaires, notamment du Gouvernement, sur les droits sociaux des usagers et des usagères de Wallonie ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Monsieur le Député, je vous remercie pour votre question qui me permet en effet d'aborder l'égalité des chances. Ma réponse sera beaucoup plus courte que votre question. Quoi qu'il en soit, en matière de droits humains, le Gouvernement a posé plusieurs jalons importants avec l'adoption d'une Stratégie de lutte contre la pauvreté, mais aussi une Stratégie de lutte contre le sans-abrisme ainsi qu'une stratégie centrée sur les familles monoparentales.

Concernant le processus d'interfédéralisation de l'IFDH, c'est une démarche qui requiert la participation de tous les niveaux de pouvoir, au travers d'un engagement de tous les Gouvernements. Nous avons déjà eu l'occasion de rencontrer l'institut et avons des contacts avec nos collègues du Fédéral sur ce dossier, dont la ministre fédérale de la Justice. Il est toutefois prématuré de se prononcer à ce stade sur l'état d'avancement de ce processus.

En revanche, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'interfédéralisation par ailleurs. La transposition en cours des directives 2024/1499 et 2024/1500 relatives aux organismes d'égalité de traitement, témoigne d'une dynamique interfédérale intéressante, même si elle ne concerne pas l'IFDH. Un travail commun est mené entre administrations et cabinets de différents niveaux de pouvoir. Ce travail se poursuit avec assiduité afin d'aboutir sur la transposition de ces directives pour tous

les niveaux de pouvoir. Nous allons y arriver. La dynamique est similaire en CIM Égalité des chances. Chaque niveau de pouvoir est arrivé avec les éléments propres à ces négociations en vue de ces accords de coopération.

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

M. Stéphane Hazée (Ecolo). – J’entends que le Gouvernement, de manière générale, travaille sur l’enjeu, mais je n’ai pas l’habitude de dire que le Gouvernement ne fait rien. Vous avez évoqué des éléments collatéraux, et j’en prends bonne note.

Pour ce qui concerne ma question quant à l’interfédéralisation, je regrette que, au-delà d’une première rencontre avec la ministre de la Justice, il n’y ait pas encore de réelle volonté. Je mesure que tout ne dépend pas du Gouvernement wallon, puisqu’il faut aboutir à une concorde avec l’ensemble des niveaux de pouvoir. Toutefois, l’expression d’une certaine volonté politique d’avancer et le déploiement de contacts ou d’une stratégie pour tenter d’avoir cet accord de coopération me paraît assez nécessaire.

Nous ne sommes pas seulement devant un enjeu théorique – cela serait bien de se conformer et d’être avec un institut interfédéralisé –, on a maintenant des expressions concrètes qui se multiplient : l’institut lui-même, dans son rapport, qui montre les limites de son travail ; le ministre Desquesnes qui se heurte à cette absence de mandat lorsqu’il sollicite l’avis – c’est un exemple, cela pourrait vous arriver ou à d’autres encore dans le futur – ; sans doute le ministre Prévot, qui a dû faire face, lors de l’examen périodique, à des questionnements de plusieurs États sur la carence dans laquelle notre pays se trouve.

Je ne peux qu’appeler le Gouvernement à une forme de rôle moteur à cet égard. Non pas avec une obligation de résultat, parce que cela ne dépend pas que de lui, mais au moins avec une obligation de moyens. Nous y reviendrons à la rentrée. Sans doute qu’écouter l’Institut pourrait être une manière d’être davantage éclairé sur l’intérêt de ce processus et de son aboutissement.

Question orale
de Mme Veronica Cremasco
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l’Environnement, des Solidarités et de
l’Économie sociale,
sur « la survie des territoires de réparation par
l’économie sociale (TRES) »

Question orale
de Mme Anne Laffut
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l’Environnement, des Solidarités et de
l’Économie sociale,
sur « le suivi des projets « Territoires de
réparation par l’économie sociale (TRES) »
subsistants »

M. le Président. – L’ordre du jour appelle les questions orales à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l’Environnement, des Solidarités et de l’Économie sociale, de :

- Mme Cremasco, sur « la survie des territoires de réparation par l’économie sociale (TRES) » ;
- Mme Laffut, sur « le suivi des projets « Territoires de réparation par l’économie sociale (TRES) » subsistants ».

La parole est à Mme Cremasco pour poser sa question.

Mme Veronica Cremasco (Ecolo). – Monsieur le Ministre, le dispositif TerritoiR’ES ou TRES – pour territoires de réparation par l’économie sociale – vise à remettre à l’emploi des chercheurs et chercheuses d’emploi de longue durée dans des communes ou des quartiers par le développement d’activités économiques locales. Le programme est hérité des projets « Territoires zéro chômeur de longue durée » développés durant la législature précédente et qui se voulaient une expérimentation de la garantie d’emploi.

Aujourd’hui, il compte 11 projets actifs à travers la Wallonie et il comprend plus de 200 travailleuses et travailleurs. Ces personnes très éloignées de l’emploi, par leurs compétences et leurs activités, rendent des services utiles qui répondent à des besoins locaux non couverts.

Ces projets sont menacés, car il n’y a aucune visibilité financière au-delà du 31 décembre 2026 – cela est aussi récurrent dans l’ensemble de mes questions – et l’ensemble de ces acteurs sociaux demandent de la pérennisation. Vous aviez lié le futur de ce dispositif TRES à un agrément Initiative de développement de l’emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale – IDESS –, mais vous avez ensuite annoncé le report de cette réforme.

Par ailleurs, il semble qu’il y ait des montants non consommés du Fonds social européen 2025-2026 et du

cofinancement wallon, car cinq projets avaient été stoppés. De plus, certains de ces projets TRES bénéficient d'aides SINE indispensables pour le soutien à l'emploi des personnes peu qualifiées. Depuis l'absorption de cette aide par Job+ – on en a parlé plusieurs fois –, les responsables ne savent pas s'ils pourront conserver ces emplois. Bref, ce sont au moins trois bonnes raisons et trois fortes incertitudes sur la pérennité de ces projets. Pour rappel, ce sont tout de même 200 emplois qui y sont liés.

Pouvez-vous préciser ce que vous prévoyez pour la pérennisation des projets TRES après le 31 décembre 2026 ? Quel est le calendrier de la réforme du dispositif IDESS ? Une période de transition est-elle prévue ? Comment les travailleurs engagés dans le dispositif TRES pourront-ils rentrer dans le cadre des nouvelles aides à l'emploi Job+ ? L'arrêté du Gouvernement wallon du décret Job+ prévoit-il explicitement le financement de l'emploi des travailleurs TRES ? Les budgets non consommés par TRES, notamment dans le cadre du Fonds social européen, pourront-ils être réaffectés ? Un allongement de délai d'éligibilité des dépenses FSE jusqu'à décembre 2027 pourra-t-il être accordé ?

M. le Président. – La parole est à Mme Laffut pour poser sa question.

Mme Anne Laffut (MR). – Monsieur le Ministre, le dispositif « Territoires zéro chômeur de longue durée », désormais rebaptisé « Territoires de réparation par l'économie sociale », a été profondément réorienté à l'initiative du Gouvernement. Inspiré du modèle français et doté d'un budget global de 100 millions d'euros sur la période 2022-2026 via le Plan de relance de la Wallonie, ce projet pilote vise à proposer un emploi durable aux personnes éloignées du marché du travail dans 17 territoires wallons.

Toutefois, les premiers résultats interpellent. Selon l'évaluation intermédiaire, cinq projets ont été arrêtés faute de résultats jugés suffisants en matière de remise à l'emploi et d'innovation sociale. Par ailleurs, moins de 10 % du budget aurait été effectivement consommé sur les exercices 2023 et 2024, pour un total de 7,5 millions d'euros engagés, et seulement 109 équivalents temps plein créés à la date de janvier 2025.

Dans ce contexte et dans l'attente de la seconde et dernière évaluation du dispositif, plusieurs interrogations demeurent quant à l'efficacité du dispositif au vu de son coût, à sa capacité réelle à atteindre ses objectifs, mais aussi à son articulation avec les dispositifs existants, en particulier les IDESS.

Quelle est aujourd'hui l'évolution du taux de consommation budgétaire du dispositif TerritoiR'ES au regard des moyens mobilisés et des objectifs annoncés ? Quels enseignements précis avez-vous tirés de l'arrêt de cinq projets, et quel sera le sort des projets encore actifs

qui ont permis de créer des emplois pour des personnes éloignées du marché du travail et de développer des initiatives locales qui méritent d'être reconnues ? Une seconde évaluation doit être réalisée en 2026 ; où en est cette évaluation finale ? Comment entendez-vous articuler les enseignements des TRES avec une éventuelle réforme du dispositif IDESS, sans créer de concurrence ou de confusion entre dispositifs ? Une réflexion serait d'ailleurs en cours.

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Mesdames les Députées, l'évaluation qui a été réalisée en 2025 a permis d'objectiver les résultats après une année de mise en œuvre effective. Pour rappel, les crédits initialement destinés aux cinq projets dont le financement n'a pas été prolongé ont été réaffectés au refinancement des 11 projets poursuivis. Ainsi, aucun financement régional complémentaire n'avait été prévu pour ces projets au-delà de 2025 dans les projections budgétaires initiales. Dès lors, la non-reconduction de certains projets a permis d'assurer la continuité de financement des 11 territoires retenus jusqu'au terme de la programmation.

Mon administration a réalisé à la fin du mois de mars 2026 un relevé des indicateurs liés à l'emploi pour les 11 projets qui ont bénéficié d'une prolongation de leur subventionnement à la fin de l'année 2025. Au total, 206 chômeurs de longue durée ont été remis à l'emploi, soit 187,2 équivalents temps plein. Six engagements supplémentaires étaient en cours au même moment, et le nombre d'encadrants est estimé entre 45 et 50 ETP. Une évaluation finale est prévue dans le programme FSE+ pour la période 2021-2027. En attendant cette évaluation qui aura lieu en 2027, certaines données quantitatives de l'évaluation à mi-parcours font l'objet d'une actualisation.

La consommation budgétaire du dispositif a évolué de manière positive. Elle s'élevait à 48 % du budget total en 2023, 28 % en 2024, 78 % du budget total octroyé aux 11 projets restants pour l'année 2025. La consommation est toujours estimative pour 2025, les dépenses étant en cours de vérification par l'administration.

Concernant la pérennisation des projets après le 31 décembre 2026, je rappellerai tout d'abord qu'il s'agit d'un dispositif expérimental d'innovation sociale, dont l'échéance est connue dès le lancement des projets. Le bilan de cette expérimentation reste nuancé. D'un côté, les résultats sont encourageants compte tenu du public accompagné, qui est très éloigné de l'emploi et nécessite un accompagnement de longue durée. Ensuite, l'expérimentation a également permis de tester de nouvelles réponses en partant des besoins locaux, ce qui constitue un enseignement intéressant pour l'avenir.

D'un autre côté, il faut garder à l'esprit que ce dispositif a bénéficié d'un financement exceptionnel dans le cadre du Plan de relance et du FSE+. Ces moyens ne pourront pas être égalés. Les résultats observés sont donc intéressants, mais ils doivent être interprétés avec prudence lorsqu'on envisage leur transposition dans un cadre plus structurel.

Cette vigilance ne signifie pas un recul de l'ambition. Elle traduit la nécessité de construire des solutions soutenables, capables de préserver les apports utiles de l'expérimentation des territoires TRES, mais surtout sans fragiliser les opérateurs existants qui se sont investis. L'objectif est d'identifier ce qui, dans l'expérimentation, peut utilement nourrir les dispositifs existants, comme les IDESS, tout en corrigeant les limites observées.

Je déposerai à l'automne une réforme de l'insertion socioprofessionnelle au Gouvernement. Cela étant, à court terme, la priorité est de disposer d'une actualisation des données de l'ensemble des projets TRES, tant en termes de résultats que de consommations budgétaires. Nous travaillons de concert avec l'administration et le secteur pour ce faire. Cette consolidation est indispensable pour permettre au Gouvernement de disposer d'une vision complète de l'expérimentation et d'en tirer les enseignements utiles. Ce n'est qu'à l'issue de cette étape que je pourrai être en mesure de communiquer un scénario pour 2027, un calendrier, ainsi que les modalités qui pourraient être retenues pour la suite.

Enfin, s'agissant de l'articulation avec le dispositif Job+, les structures porteuses des TerritoiR'ES peuvent bénéficier des aides à l'emploi prévues par le décret, pour autant qu'elles remplissent les conditions d'éligibilité applicables. Il n'existe toutefois pas, à ce stade, de mécanisme d'assimilation automatique des travailleurs de territoires de réparation par l'économie sociale au dispositif Job+.

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

Mme Veronica Cremasco (Ecolo). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour ces éléments, même s'il y a des tas de choses dans votre réponse qui me font dire que ce n'est pas gagné. Une première chose – qui ne vient pas de votre réponse –, c'est quand ma collègue cite une centaine de chômeurs et que vous la corrigez avec le chiffre de 206. Je me dis que votre partenaire de majorité n'a peut-être pas la même appréciation que vous de ces tentatives pourtant indispensables. Elles ont déjà été lancées, et regroupent aujourd'hui plus de 206 chômeurs – je reprends les chiffres de M. le Ministre – et de 40 à 50 équivalents temps plein. Ce n'est pas rien, la masse de gens employés ici. Avec tout le reste des réformes, il ne faut absolument pas les perdre. En effet, chaque personne compte, et l'on manque d'emplois, de postes et de

possibilités de réinsérer ces personnes. Cela me fait un peu peur.

Concernant le dispositif IDESS, je lis entre les lignes que l'on goupillerait éventuellement cela et qu'il n'y aurait plus que ce dispositif. L'insertion dans Job+ fait peur aussi. J'ai presque envie de sensibiliser ma collègue, Mme Laffut, en lui disant que c'est excessivement important.

(Réaction de Mme Laffut)

Non, mais je veux dire que la façon dont vous avez posé votre question fait ressortir des questionnements qui me semblent légitimes. C'est un processus important. Il faut certainement en tirer les leçons, mais certainement pas jeter le bébé avec l'eau du bain. C'est comme par rapport à l'alimentation durable : la situation est telle, socialement, que vous, en tant que ministre de l'Action sociale, vous ne devez pas lâcher ces gens. Que l'on veuille réformer, oui ; les perdre, non.

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

Mme Anne Laffut (MR). – J'ai cru que j'allais devoir faire une réponse ministérielle, mais je vais me contenter de la réplique.

Dans la confusion de la bataille de Normandie, à la fin de la guerre, une escouade de soldats américains se voient confier pour mission de retrouver et de sauver un des leurs, dont tous les frères sont morts au combat. Il y a un peu du soldat Ryan dans la situation de détresse qui nous occupe ici. Dans son film, Spielberg sauve Ryan et en fait un vétéran de l'armée américaine. Je me demande si l'on va être capable de sauver les TRES existants qui fonctionnent bien et les emplois qui ont été créés dans un contexte tendu.

On sait que cette piste ne mènera pas à la politique d'envergure qui avait été initialement envisagée il y a plusieurs années de cela. Le financement de la phase pilote arrive aujourd'hui à terme. Il n'y a pas de réponse rassurante aujourd'hui pour combler le vide financier après 2026.

Pour ce qui est de l'intégration des TRES dans le dispositif IDESS, on n'y voit pas encore très clair. J'espère que l'échéance de l'automne que vous avez mentionnée pourra en effet sauver Ryan, qui est aujourd'hui – on peut le dire – en très mauvaise posture.

Interpellation
de Mme Sabine Roberty
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « les enseignements à tirer pour le secteur
sociosanitaire des impacts de la première vague
de chaleur »

Question orale
de Mme Rachida Aït Alouha
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « le bilan de la canicule »

Question orale
de Mme Rachida Aït Alouha
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la préparation pour le prochain épisode
caniculaire »

Question orale
de Mme Bénédicte Linard
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « les conséquences sociales et sanitaires des
vagues de chaleur »

Question orale
de Mme Sylvie Muratore
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'impact de la vague de chaleur sur les
personnes en situation de handicap »

Question orale
de Mme Sylvie Muratore
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « l'impact des vagues de chaleur sur les
personnes en difficulté psychique »

Question orale
de Mme Jamila Ammi
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la nouvelle vague de chaleur et la
prévention »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle l'interpellation et les questions orales à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, de :

- Mme Roberty, sur « les enseignements à tirer pour le secteur sociosanitaire des impacts de la première vague de chaleur » ;
- Mme Aït Alouha, sur « le bilan de la canicule » ;
- Mme Aït Alouha, sur « la préparation pour le prochain épisode caniculaire » ;
- Mme Linard, sur « les conséquences sociales et sanitaires des vagues de chaleur » ;
- Mme Muratore, sur « l'impact de la vague de chaleur sur les personnes en situation de handicap » ;
- Mme Muratore, sur « l'impact des vagues de chaleur sur les personnes en difficulté psychique » ;
- Mme Ammi, sur « la nouvelle vague de chaleur et la prévention ».

Mme Jacqmin et M. Janssen se joignent à l'interpellation.

La parole est à Mme Roberty pour développer son interpellation.

Mme Sabine Roberty (PS). – Monsieur le Ministre, une canicule, ce n'est pas seulement un thermomètre qui grimpe et qui s'affole ou une carte météorologique qui vire au rouge. Une canicule, c'est une personne âgée, seule dans un logement devenu irrespirable, un patient qui ne récupère plus dans une chambre surchauffée, un travailleur exposé pendant des heures sous le soleil, dans des salles ou dans des bureaux surchauffés, une aide à domicile qui protège les autres tout en subissant elle-même la chaleur ou une personne sans abri qui cherche simplement un peu d'ombre. La chaleur ne frappe pas tout le monde de la même manière et aggrave toutes les vulnérabilités : l'âge, la maladie, l'isolement, la précarité ou encore l'absence d'un endroit frais où se réfugier.

Le 27 juin dernier, dans les colonnes du *Soir*, vous déclariez : « Si l'on ne fait rien, il faut assumer qu'il y aura des mortalités précoces ». Votre triste prédiction s'est malheureusement réalisée. Les chiffres sont terribles. Entre le 18 juin et le 1^{er} juillet 2026, la Belgique a enregistré 1 747 décès de plus qu'attendu – statistiquement, bien entendu –, soit une surmortalité d'environ 48 %. En Wallonie, chez nous, 919 décès excédentaires ont été enregistrés en 14 jours, soit une surmortalité de 76 %. Derrière ces chiffres, il y a des vies, des familles endeuillées ainsi que des professionnels de la santé, du social et de l'aide à domicile qui ont tenté, avec tout ce qu'ils pouvaient mettre en place, de protéger les plus fragiles dans des conditions extrêmement difficiles.

Le plan Forte Chaleur et Pics d'ozone 2023 a bien été activé et des campagnes d'information ont été

menées. Néanmoins, lorsqu'un dispositif existe et qu'un bilan d'une telle ampleur est néanmoins constaté, notre responsabilité et votre responsabilité sont de l'évaluer avec transparence et sans complaisance. Au delà de faire, d'anticiper, de prévenir, d'alerter et de sensibiliser, au-delà de la gestion opérationnelle de la crise elle-même, il faut aussi s'occuper du retour d'expérience, de la réparation et de la réhabilitation.

Nous y sommes, c'est là que l'on nous attend et c'est là que l'on vous attend, car il ne suffit plus de rappeler que, en période de canicule, il faut boire de l'eau et rester au frais. Permettez-moi de le dire : face à une chaleur qui tue, tout le monde n'a pas un jardin, une piscine et une Stella fraîche à portée de la main. Lorsque des femmes et des hommes suffoquent dans un appartement, une chambre d'hôpital ou une maison de repos, leur dire de simplement profiter du beau temps et de vivre, c'est passer complètement à côté de leur réalité. Il ne s'agit pas évidemment pour eux de mieux profiter de l'été. Les chiffres des décès en témoignent. Il s'agit donc très concrètement de survivre à l'été.

C'est donc au nom de ces personnes et de leur détresse, parfois même invisible, de toutes celles et de tous ceux qui ont tenté de leur venir en aide, que je vous interpelle.

Afin d'éviter qu'une telle surmortalité ne se reproduise et de permettre une réaction plus rapide, quels indicateurs sanitaires ont été suivis quotidiennement chez nous ? Je pense notamment aux appels adressés au 112 et au 1733, aux interventions des services d'urgences, aux admissions, à l'occupation des hôpitaux, aux consultations médicales liées à la chaleur, mais aussi aux signalements provenant des maisons de repos, des services d'aide à domicile et des relais sociaux. J'ai été contactée par une amie infirmière qui me disait : « Même les médias ne nous voient pas et ne voient pas notre détresse. Pourtant, on n'arrête pas de crier au secours ». C'est seulement quelques jours après que les médias se sont rendu compte de l'ampleur du problème. La Wallonie dispose-t-elle d'un tableau de bord permettant d'adapter rapidement les mesures ? Envisagez-vous un système de surveillance en temps réel spécifique aux épisodes climatiques, si celui-ci n'existe pas encore ?

Il est également indispensable de mieux comprendre qui sont les personnes qui ont perdu la vie durant cet épisode. Quels sont les profils des personnes qui ont perdu la vie ? Des facteurs de risque particuliers ont-ils pu être identifiés, afin d'assurer, à l'avenir, une meilleure surveillance de ces publics les plus exposés ? Quelles leçons peut-on tirer de cette surmortalité pour adapter les politiques publiques ?

À la suite des chiffres de surmortalité, mis à jour le 8 juillet, je souhaite également aborder un point concernant la qualité de l'air, qui ne figurait pas dans la version initialement déposée de cette interpellation. Je

suis sûre que votre cabinet pourra en prendre connaissance et vous permettre d'y répondre à l'issue de mon interpellation.

Sciensano évoque une combinaison de plusieurs facteurs ayant atteint des niveaux particulièrement préoccupants : la durée de la canicule, l'intensité des températures et les concentrations élevées de particules fines au niveau de l'air respiré. Une alerte a-t-elle été émise par la Cellule interrégionale de l'environnement – CELINE – concernant la mauvaise qualité de l'air ? Dans l'affirmative, quelles sont les mesures qui en découlent et que vous auriez prises ?

Je sais que les mesures dites antismog, parmi lesquelles la réduction temporaire de la vitesse à 90 kilomètres par heure sur certains axes, sont actuellement liées à des seuils précis de pollution, notamment aux particules fines. Toutefois, compte tenu de la mauvaise qualité de l'air et de ses conséquences sanitaires sur l'ensemble de la population, pourquoi des mesures temporaires comparables permettant de réduire les émissions et les précurseurs de l'ozone – je ne sais pas comment le dire en français – n'ont-elles pas été activées ou envisagées ? Avez-vous pu en discuter avec vos collègues ? Est-ce une mesure qui, à l'avenir, pourrait être prise ? J'avoue avoir déposé ces questions après que le texte ait été déposé. Je suis cependant sûre que votre cabinet pourra prendre deux minutes pour y répondre.

Dans votre interview parue dans *Le Soir*, vous déclariez également : « Je priorise, je convaincs le partenaire qu'il y a des priorités. Chacun a les siennes. Je suis médecin et, fatalement, la mienne, c'est la santé ». Très bien, je veux prendre cette déclaration au sérieux. Dès lors, comment cette priorité donnée à la santé s'est-elle concrètement traduite dans votre action, alors que nous constatons aujourd'hui une surmortalité aussi importante pendant la vague de chaleur du mois de juin ? Quelles mesures concrètes ont été prises en Wallonie pour empêcher la surmortalité, renforcer la prévention et la promotion de la santé pendant cette vague de chaleur et lors de celles qui surviendront évidemment à l'avenir ?

La gestion de cette première vague de chaleur interroge également la coordination entre les niveaux de pouvoir. Vu son ampleur, avez-vous plaidé auprès du Gouvernement fédéral pour qu'il enclenche une phase fédérale de gestion de crise, afin de faciliter et de coordonner les réponses à apporter ? Dans la négative, pourquoi ne pas l'avoir fait alors qu'une coordination efficace entre les niveaux de pouvoir était indispensable pour répondre aux difficultés concrètes rencontrées par les citoyens ?

Le 30 juin dernier, en réponse à mes collègues, vous insistiez vous-même sur l'importance de procéder à un débriefing de la crise. Cela fait partie des quatre moments fondamentaux de la gestion d'une crise. Cela

arrive au bout de la crise. Vous déclariez : « Il sera nécessaire de procéder dans les prochains jours à un débriefing complet avec l'ensemble des partenaires concernés. C'est là-dessus que nous travaillons. Cet exercice permettra d'analyser le déroulement de cet épisode de canicule, d'identifier les enseignements à tirer, de mettre en évidence les éventuels points d'amélioration et, le cas échéant, de renforcer encore notre préparation face à des épisodes climatiques extrêmes qui sont appelés à se multiplier ». Je partage pleinement cette nécessité. Dès lors, que ressort-il de ce premier débriefing ? Quels sont les partenaires que vous avez rencontrés ? Quels enseignements pouvez-vous en tirer ? Quels sont les points d'amélioration qui ont été mis en évidence et quelles actions ont été entreprises afin de mettre en œuvre ces améliorations ? Tous ces éléments ont-ils été communiqués à tous les niveaux de pouvoir lors de cette rencontre organisée en CIM Santé le 1^{er} juillet ? Quelles sont les conclusions de cette rencontre interfédérale ?

Je souhaite, en outre, m'arrêter sur les secteurs qui accompagnent quotidiennement les personnes les plus vulnérables. C'est notre travail au sein de cette Commission. L'AViQ a-t-elle réalisé un retour d'expérience auprès des maisons de repos, des services accueillant des personnes en situation de handicap, des services d'aide à domicile et des autres opérateurs agréés ? Des difficultés communes ont-elles pu être identifiées ? Dans l'affirmative, une circulaire ou de nouvelles recommandations seront-elles diffusées avant les prochaines vagues de chaleur ?

Je souhaite aborder la situation des hôpitaux, qui doivent pouvoir continuer à soigner dignement, même lorsque les températures deviennent extrêmes. Un monitoring et une adaptation des plans actuels et futurs d'infrastructures hospitalières sont-ils envisagés, afin de mieux intégrer leur résistance à des événements climatiques majeurs, tels que les vagues de chaleur forte ou extrême ou encore les inondations ? Prévoyez-vous un plan spécifique pour accompagner les hôpitaux dans leur adaptation aux épisodes de canicule, notamment en ce qui concerne l'adaptation thermique des bâtiments, la prévention des risques pour les patients vulnérables et la coordination avec les autorités fédérales compétentes, sans oublier les soignants eux-mêmes, les secrétaires, les techniciennes de surface, toutes ces personnes qui font vivre l'hôpital et qui font en sorte que tout se passe bien au quotidien ?

Un hôpital doit rester un lieu où l'on soigne et où l'on protège. L'adaptation des bâtiments ne suffira pas si les équipes ne disposent pas de moyens nécessaires pour agir. Comment assurez-vous le renforcement du personnel de soin et d'accompagnement ? Comment lui garantessez-vous les moyens d'action et les moyens financiers nécessaires ? Je sais que cette question est compliquée, mais elle se pose.

Des contacts ont-ils été pris avec des acteurs de première ligne afin d'assurer une prise en charge optimale ? Les médecins généralistes ont-ils reçu des recommandations particulières ? En a-t-il été de même pour les infirmières et les infirmiers à domicile ? Les cercles de médecine générale ont-ils été associés ?

Vous affirmiez également lors de l'interview que la pression exercée sur les hôpitaux n'était pas terminée. Les conséquences sanitaires de la chaleur peuvent évidemment se prolonger, alors que les équipes hospitalières sont déjà fortement sollicitées. Dès lors, comment vous concertez-vous avec le pouvoir fédéral afin de réduire cette pression et de préserver les capacités d'accueil, sachant que les services de gériatrie ont à plusieurs reprises tiré la sonnette d'alarme concernant les taux d'occupation et la saturation des lits ?

J'ai été contactée par de nombreux infirmiers. Vous savez que j'ai travaillé en milieu hospitalier pendant 20 ans, donc j'ai encore des contacts avec eux très régulièrement. Ils ont jonglé avec les lits, avec les brancards. Il y en avait partout dans les couloirs. C'était terrible. Ils ont eu l'impression de revivre les premières semaines, la première vague de covid-19. Je pense que nombreux d'entre eux étaient désespérés. Les familles ont souvent été mises à contribution pour compenser le manque de matériel rafraîchissant. Quelle réponse peut-on apporter aux institutions pour qu'elles puissent s'équiper en ventilateurs et climatiseurs, et plus largement disposer du matériel adéquat pour améliorer le confort des résidents, mais aussi du personnel ?

Derrière ces questions, il y a des patients qui doivent pouvoir être accueillis et soignés dignement. Comme je l'ai dit, nous ne pouvons pas demander aux professionnels de compenser indéfiniment, par leur seul engagement, les tensions qui traversent notre système de soins de santé.

J'ai parlé de la période du covid-19. À l'instar des différentes vagues que nous avons connues pendant cette crise sanitaire, auxquelles vous avez vous-même comparé les épisodes de canicule, nous savons que cette première vague de chaleur, de canicule, ne sera probablement pas la dernière de l'été. On a souvent entendu dire les 15 jours précédents que c'est probablement l'été le moins chaud que nous aurons à subir dans les dix prochaines années. Cela fait peur. Nous devons répondre à l'urgence, ici, maintenant, et demain, mais nous devons aussi préparer les prochaines semaines et adapter durablement nos structures pour l'avenir. À court terme, quelles mesures concrètes pouvez-vous prendre pour soutenir les institutions qui hébergent soit des personnes âgées, soit des personnes en hôpital, soit des personnes en situation de handicap ?

Lors de la crise de covid-19, des plans internes d'urgence avaient été établis au sein des institutions. Cela a fonctionné. Ces plans sont peut-être toujours

actifs. Sont-ils régulièrement mis à jour ? Le personnel est-il régulièrement informé ? Ce que nous avons vécu, c'est une crise comme la crise de covid-19, comme la crise des inondations. Elles sont différentes, mais elles se gèrent avec les mêmes bases de travail : des objectifs à court, à moyen et à long terme. Envisagez-vous d'y intégrer des actions spécifiques permettant d'assurer une réaction rapide en cas d'événement climatique d'ampleur, qu'il s'agisse de vagues de chaleur, mais aussi d'inondations ?

Nous le savons : nous allons avoir ou des inondations ou des chaleurs extrêmes. L'avenir nous dira ce qu'il nous réserve. Les plans qui sont mis en place doivent être connus des équipes, régulièrement testés aussi – c'est aussi cela la gestion de crise –, et pouvoir être activés immédiatement lorsqu'une situation l'exige. Au-delà des mesures d'urgence, le Gouvernement entend-il intégrer l'adaptation climatique des établissements pour aînés dans la future réforme des normes d'agrément et dans la stratégie wallonne pour le bien vieillir ? Le bien vieillir va faire partie de votre stratégie et c'est probablement un point d'action. Protéger les personnes âgées ne peut pas uniquement consister à leur rappeler de boire davantage et de se mettre au frais. Cela suppose également d'adapter la conception même des bâtiments, l'isolation, la ventilation et d'y aménager de véritables espaces de fraîcheur.

Je souhaite évoquer une préoccupation particulièrement grave. Durant la crise covid, les refus de soins concernant les personnes âgées avaient été signalés dans certains services. Ces situations avaient immédiatement été dénoncées par votre prédécesseur et par nous, ici, en commission. On avait eu l'occasion de rappeler l'exigence de soins incombant à l'ensemble des services. Avez-vous été alerté de situations comparables durant cet épisode de canicule ? Dans l'affirmative, quelles mesures avez-vous prises ? Je veux être claire sur ce point : l'âge, la fragilité ou le degré de dépendance d'une personne ne peut jamais conduire à considérer que sa souffrance, sa santé ou sa vie aurait moins de valeur que la vie de quelqu'un d'autre.

M. le Président. – Je vais vous demander de conclure, Madame Roberty.

Mme Sabine Roberty (PS). – Il me reste encore trois pages, Monsieur le Président.

(Réactions dans l'assemblée)

Nous vivons un moment important en Belgique. Je suis désolée, mais je vais dépasser un peu.

M. le Président. – Vous dépassez déjà de cinq minutes.

Mme Sabine Roberty (PS). – Tant pis. L'importance du moment veut que nous puissions nous arrêter 10 minutes de plus.

M. le Président. – Le règlement est le même pour tout le monde.

Mme Sabine Roberty (PS). – Les personnes fragiles face à la canicule ne vivent pas toutes en institution. Beaucoup résident encore à leur domicile, parfois seules, parfois avec une autonomie réduite et sans l'entourage disponible pour les accompagner.

Comment assurez-vous la prise en charge de la protection de ces personnes ? Le secteur de l'aide à domicile a-t-il été concerté ? Sera-t-il renforcé ? Il ne suffit pas que ces espaces existent. Encore faut-il qu'ils soient connus, accessibles aux personnes à tout moment. Comment avez-vous assuré la coordination avec votre collègue, le ministre des Pouvoirs locaux, afin de permettre la mise à disposition d'espaces de fraîcheur pour accueillir ces publics au sein de bâtiments communaux, d'églises ou de musées, par exemple ?

Il y a en outre les personnes qui sont sans chez-soi, dans la rue. Lorsque l'on vit dans la rue, il est presque impossible de suivre les recommandations élémentaires qui consistent à rester au frais, à éviter les efforts et à s'hydrater régulièrement. Ces personnes doivent pouvoir trouver un lieu où se protéger, se reposer, boire et être accompagnées. À l'instar du plan Grand Froid, des places pourraient-elles être ouvertes afin d'assurer l'accueil des personnes sans chez-soi lors des pics de chaleur ?

Par ailleurs, la CIM Santé publique, que vous présidez, qui s'est réunie le 8 juillet dernier, a annoncé un renforcement de la préparation aux prochaines vagues de chaleur. Quelles réponses interfédérales ont été apportées à la vague de chaleur du mois de juin ? Quelles mesures ont été arrêtées pour faire face aux prochaines vagues ?

Concernant l'avenir à moyen terme, vous déclariez dans une interview accordée au Journal *Le Soir* que « l'épisode que l'on vit n'est que la conséquence d'un phénomène qui ne s'arrêtera pas logiquement dans les conclaves budgétaires à venir. On devrait en prendre compte considérablement et proposer une solution ». Vous avez raison, le phénomène ne s'arrêtera pas, mais les prochaines vagues de chaleur n'attendent ni les conclaves budgétaires, ni les arbitrages, ni le temps politique. Il faut donc, dès maintenant, présenter un plan ambitieux et obtenir les moyens nécessaires pour protéger la santé des citoyens et éviter qu'une nouvelle vague de mortalité n'arrive.

Allez-vous présenter rapidement des mesures et un plan d'action coordonné avec vos collègues afin d'assurer une réponse rapide à la protection des Wallons et des Wallonnes lors des épisodes de chaleur que nous traverserons encore cet été ? J'ai aussi une question qui

concerne ce que vous avez dit dans les colonnes de *L'Avenir* ce vendredi : « la Région wallonne est la seule entité qui n'a pas de responsabilité juridique par rapport aux vagues de chaleur ». Que vouliez-vous dire par là ?

Pour conclure, chers collègues, je dirais que ce que nous venons de vivre ne peut plus être considéré comme un épisode exceptionnel. La chaleur extrême est désormais un risque sanitaire majeur qui met à l'épreuve tout notre système de soins et de solidarité. Surtout, elle ne frappe pas tout le monde de la même manière. C'est à toutes ces personnes que notre action publique doit d'abord penser.

Nous ne prétendons pas que chaque décès pourrait être évité et je ne prétends pas non plus que rien n'a été mis en place. Face à 919 décès de plus que statistiquement évalué en Wallonie, nous ne pouvons pas nous contenter de constater que les procédures ont été respectées et que les plans ont été activés. Un plan peut exister sans avoir la force de protéger. Une alerte peut être diffusée sans atteindre la personne qui en a le plus besoin.

Nous devons donc regarder cette crise avec réalité, avec lucidité, humilité et beaucoup de détermination. Comprendre, corriger, mais surtout agir rapidement, car la prochaine vague de chaleur n'attendra pas nos évaluations ni nos calendriers parlementaires ou budgétaires. Elle frappera à nouveau les plus âgés, les plus malades, les plus isolés, les plus précaires, les plus vulnérables.

Derrière ces chiffres, il y avait des visages, des histoires, des familles et des vies perdues. On en connaît tous, des personnes qui sont parties trop tôt parce que, malheureusement, personne n'a pu leur venir en aide. Je pense à un couple, c'était terrible. Nous leur devons davantage qu'un débriefing. Vraiment davantage. Nous leur devons des réponses, des moyens, des décisions, et nous les leur devons maintenant.

M. le Président. – Vous m'avez mis en très grande difficulté, car vous avez utilisé 19 minutes 20, alors que votre temps de parole n'était que de 10 minutes. La prochaine fois, essayez de réduire votre interpellation. Je dois appliquer le règlement pour les personnes que j'apprécie beaucoup et les gens de mon groupe comme pour les autres. Je tenais à le dire.

La parole est à Mme Aït Alouha pour poser ses questions.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Monsieur le Ministre, la canicule meurtrière a eu des conséquences dramatiques. Près de 1 800 personnes sont décédées fin juin, en quelques heures, en quelques jours. D'ailleurs, la Wallonie a été la région la plus touchée. Ces épisodes de chaleur extrême ne sont plus des événements exceptionnels. Ils sont annoncés, prévisibles, appelés à se multiplier. Et pourtant, aucune anticipation. Comment en arrive-t-on là ? Douze

ministres de la Santé dans ce pays. Aucune anticipation. Un Premier ministre qui ne mentionne ni les victimes ni la canicule, l'indifférence totale ; le mépris du ministre de la Défense qui a donné des consignes : une bière et un « barbecue ».

Je ne vous attribue pas du tout ce mépris. En revanche, je vous reproche votre inaction. Nous avons eu des urgences saturées à cause, entre autres, du flux de personnes âgées, qu'elles soient à domicile ou en institution. À l'hôpital de la Citadelle, à Liège, c'était la débrouille. Ils ont dû mettre des couvertures d'urgence sur les fenêtres pour diminuer l'impact de la chaleur. En temps normal, ils ont toujours deux jeux de brancards, c'est vrai. Il y en a un qui vient, et l'on repart avec un autre. Ici, il n'y en avait plus. S'il y avait encore eu un peu plus de pression, on était dans la difficulté suprême.

Au MontLégia, les personnes décédées ont été laissées deux à trois semaines à la morgue dans la chambre froide, en attente, vu que les funérariums étaient débordés. Imaginez le désarroi des familles : deux ou trois semaines à attendre de récupérer le corps. Les personnes isolées, les plus fragiles, ce sont eux qui vont continuer de payer le prix de cette absence d'anticipation. Après la crise du covid-19, on en arrive à reproduire les mêmes erreurs.

La Wallonie et les Wallons n'ont que faire des renvois de responsabilités. Aujourd'hui, dans l'urgence, nous attendons des actes. Le b.a.-ba, c'était d'abord de demander pardon pour les manquements, pour les décès. Ni vous ni aucun ministre n'avez présenté vos excuses. Maintenant, il faut impérativement sauver celles et ceux qui ont eu la chance de survivre à ces épisodes.

Je passe à la deuxième partie de ma question qui concerne les maisons de repos.

Sur le terrain, les établissements de soins, les travailleurs nous disent qu'ils manquent toujours de personnel, de moyens, de matériel, de plan d'urgence adapté – parce qu'il y a des plans d'urgence, mais maintenant, il faut les actualiser. Certains travailleurs ont reçu un tube de crème solaire de 30 millilitres en guise de remerciement.

Un mot de remerciement de votre part, Monsieur le Ministre, sur les réseaux, c'est gentil, mais cela ne change en rien les conditions de travail extrêmement difficiles pendant la canicule. Je pense à ceux qui se sont occupés de la plonge dans les collectivités.

Beaucoup vivent aussi les conséquences psychologiques des décès qu'ils ont dû accompagner. Tout comme pendant le covid, des personnes âgées n'ont pas eu la chance d'être hospitalisées parce que leur état était jugé insuffisamment critique, et elles sont quand même décédées dans les jours qui ont suivi. Je me pose la question : est-on encore dans un pays développé ?

Quel est le bilan provisoire des décès et des hospitalisations liés à cette canicule ? Les dispositifs prévus par le plan Forte Chaleur ont-ils été pleinement activés ? Au regard de ce nouveau bilan, estimez-vous que les moyens actuels sont suffisants et qu'avez-vous concrètement préparé à votre niveau de compétence pour faire face à la prochaine canicule ?

M. le Président. – La parole est à Mme Linard pour poser sa question.

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Monsieur le Ministre, vous affirmiez dans la presse, à juste titre, il y a quelques semaines, que la canicule constituait une véritable crise sanitaire. Preuve en est, les chiffres à notre disposition aujourd'hui. Au moment de rédiger ma question, nous avions les chiffres du RMG. Aujourd'hui, nous avons ceux de Sciensano, qui, au regard des informations qu'il possédait, a évalué le nombre de décès en Belgique à 1 747, dont 919 pour la Wallonie. Cela veut dire qu'il y a une surmortalité de 47,8 % en Belgique, mais de 76 % en Wallonie. Ces chiffres sont affolants, reconnaissons-le, mais, ce qui l'est tout autant, ce sont les déclarations de certains responsables politiques de premier plan, qui minimisent ou nient la gravité de la situation. Vous n'en faites pas partie, bien entendu.

Dans cette même interview, vous déplorez le manque de vision et d'ambition en matière de lutte contre le dérèglement climatique. Nous l'avons effectivement constaté en apprenant que le chef du Gouvernement et sa ministre du Climat ont snobé l'invitation du ministre fédéral du Climat à une réunion de coordination sur le sujet. Je pense que la situation a un peu changé entre le moment où j'ai écrit ma question et maintenant, mais il reste assez dramatique de voir la réponse de certains politiques.

Il y a des traits communs entre les vagues de chaleur – qui vont se multiplier, je ne vous apprends rien – et le covid ou les inondations. Premièrement, ces crises frappent les plus vulnérables. Cela nous rappelle que les conséquences du dérèglement climatique touchent au premier chef les plus fragiles, comme lors de la crise sanitaire. Le personnel soignant est d'ailleurs également en première ligne pour constater les dégâts et il faut lui prêter une oreille attentive.

On sait aussi que ces différentes crises créent un contexte dans lequel les violences intrafamiliales augmentent.

Vous l'aurez compris, ces vagues de chaleur ne sont pas des événements isolés, mais des tendances systémiques aux conséquences multiples qui devraient inquiéter les responsables politiques et les pousser à agir de manière ambitieuse, d'autant que ces événements vont revenir à intervalles réguliers. En votre qualité de ministre de la Santé, mais aussi de l'Environnement et de l'Action sociale, vous êtes évidemment à

l'intersection de tous ces enjeux. Or, il me revient que le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté a transmis au Gouvernement un courrier dans lequel il demande notamment qu'une *task force* soit mise en place avec les différents acteurs institutionnels et de terrain – comme ce fut le cas durant la crise du covid, lors de laquelle vous et moi avons souvent été en contact avec ce qu'ils pouvaient nous en dire – en vue de gérer au mieux les vagues de chaleur.

Soutenez-vous la création d'une *task force* wallonne consacrée aux vagues de chaleur qui réunirait les autorités publiques, les experts et expertes scientifiques, les acteurs de la santé et de l'action sociale, les communes et les associations de terrain, à l'image de ce qui a été mis en place durant la crise sanitaire ?

Quels dispositifs spécifiques votre Gouvernement met-il en œuvre pour protéger les publics les plus vulnérables, que ce soient les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes en situation de handicap, les personnes sans chez-soi ou encore les ménages et les familles qui vivent dans des logements mal isolés ou habitent dans des quartiers fortement minéralisés ?

Quel bilan tirez-vous de la récente vague de chaleur en ce qui concerne la surmortalité, les hospitalisations, la santé mentale et les violences intrafamiliales ? Disposez-vous de statistiques en la matière ? Pour les décès, on a vu que Sciensano nous a donné certains éléments, mais peut-être avez-vous d'autres chiffres ; j'imagine que vous en aurez plus pour les hospitalisations que pour les décès, puisque cela a été évalué.

Enfin, une réflexion est-elle en cours afin de mieux coordonner les actions entre les différents niveaux de pouvoir, à l'instar de ce qui a été réalisé durant la crise covid, afin d'anticiper les prochains épisodes de chaleur ?

M. le Président. – La parole est à Mme Muratore pour poser ses questions.

Mme Sylvie Muratore (PS). – Monsieur le Ministre, la vague de chaleur qui a touché notre pays a rappelé que certains publics sont particulièrement exposés aux conséquences sanitaires des températures extrêmes. Parmi eux figurent les personnes en situation de handicap, qu'elles résident dans des établissements agréés ou qu'elles vivent à domicile.

Certaines personnes présentent des difficultés à percevoir la chaleur, à exprimer leurs besoins ou à mettre en œuvre spontanément les gestes de prévention. Les infrastructures accueillant ces publics ne disposent, par ailleurs, pas toujours des équipements permettant de garantir des conditions de vie adaptées lors d'épisodes de canicule.

Dans l'analyse de la surmortalité publiée par le RMG le 2 juillet, disposez-vous d'éléments permettant de mettre en lumière une corrélation entre certains décès et un handicap ? Quel bilan tirez-vous de cette première vague de chaleur dans les services relevant de l'AViQ ? Des difficultés particulières ont-elles été rapportées par les établissements pour personnes en situation de handicap ou par les services d'accompagnement à domicile ?

Des recommandations spécifiques ont-elles été diffusées ? Un retour d'expérience est-il en cours afin d'identifier les améliorations à apporter ? Envisagez-vous de soutenir les gestionnaires, afin de renforcer progressivement la résilience climatique des infrastructures accueillant des personnes en situation de handicap, notamment en matière d'équipements de rafraîchissement, d'aménagement des bâtiments et d'adaptation des plans d'urgence ? Cette dimension sera-t-elle incluse dans le futur plan ERICH 2 ?

Question suivante, les chiffres de la surmortalité publiés par le RMG le 2 juillet interpellent et pourraient indiquer que les vagues de chaleur frappent d'autres publics que les personnes âgées. Je pense particulièrement aux personnes souffrant de troubles psychiques qui constituent également un public particulièrement vulnérable. En effet, de nombreux traitements psychotropes peuvent altérer la régulation de la température corporelle ou augmenter le risque de déshydratation. Les personnes présentant certains troubles psychiatriques peuvent également percevoir plus difficilement les signaux d'alerte liés à la chaleur ou adopter des comportements les exposant davantage aux risques.

Les établissements psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées et les services de santé mentale ont-ils fait l'objet de recommandations spécifiques durant la vague de chaleur de juin ? Une concertation particulière a-t-elle été organisée avec ces acteurs ? La surmortalité démontrée par le RMG apporte-t-elle un éclairage sur la situation des personnes présentant une souffrance psychique ? Disposez-vous d'un retour de terrain sur les difficultés rencontrées, tant pour les patients que pour les professionnels ? Des situations critiques ou des complications particulières vous ont-elles été signalées ?

Au regard de la multiplication annoncée des épisodes de chaleur, envisagez-vous de renforcer les protocoles de prévention et d'accompagnement dans le secteur de la santé mentale, notamment en intégrant davantage le risque climatique dans les plans de gestion des établissements, dans les recommandations adressées aux professionnels, mais aussi dans la construction et la rénovation des infrastructures ?

M. le Président. – La parole est à Mme Ammi pour poser sa question.

Mme Jamila Ammi (PTB). – Monsieur le Ministre, les chiffres définitifs de Sciensano concernant la vague de chaleur du 18 juin au 1^{er} juillet sont dramatiques. La Belgique a enregistré 1 747 décès supplémentaires, soit une mortalité de 47,8 %. Il s'agit de la vague de chaleur la plus meurtrière enregistrée depuis le début des analyses en 2000. La Wallonie est de loin la Région la plus durement touchée : 919 décès supplémentaires, soit une surmortalité de 76 %. Ce chiffre doit nous interpellier et nous obliger à agir rapidement.

Les personnes âgées restent particulièrement exposées, notamment celles qui vivent seules ou en maison de repos. La surmortalité a également atteint 61,3 % chez les personnes âgées de 15 à 64 ans. Cela montre que les fortes chaleurs ne concernent pas seulement les aînés. Les personnes malades, les travailleurs exposés, les personnes vivant dans les logements mal isolés ainsi que les jeunes enfants sont également en danger. Le Risk Management Group recommande notamment de contacter directement les personnes âgées isolées, d'ouvrir des lieux frais – y compris la nuit –, de garantir un accès visible et gratuit à l'eau potable et de renforcer la continuité des soins et des services de première ligne.

Vous avez déclaré que la Wallonie ne disposait pas actuellement d'une responsabilité juridique directe dans la gestion des vagues de chaleur, mais que vous souhaitiez établir des balises régionales permettant d'agir sans attendre les signaux du Fédéral ou les appels des communes.

Comment expliquez-vous que la surmortalité ait été aussi élevée en Wallonie ? Une analyse spécifique des facteurs wallons, notamment sociaux et sanitaires, environnementaux et liés au logement, est-elle en cours ?

Quelles mesures concrètes avez-vous déjà demandé à l'AViQ de mettre en œuvre lors de la vague de chaleur actuelle ? Des instructions et des moyens supplémentaires ont-ils été transmis aux maisons de repos, aux services d'aide à domicile, aux communes, aux CPAS et aux médecins généralistes ? Comptez-vous organiser un système permettant de contacter systématiquement les personnes âgées et isolées ? La Wallonie va-t-elle soutenir l'ouverture de lieux de fraîcheur et le déploiement de points d'eau potable accessibles à toutes et tous ?

Enfin, quand les nouvelles balises régionales que vous annoncez seront-elles établies, et quels moyens budgétaires sont mobilisés pour éviter qu'une prochaine vague de chaleur ne provoque à nouveau un bilan humain aussi dramatique ?

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

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Monsieur le Ministre, la vague de chaleur qu'a connue notre pays est

sans précédent. Le Risk Management Group a en effet constaté une surmortalité. Je pense que les raisons précises de cette surmortalité sont en cours d'étude, notamment en lien avec toute une série de comorbidités. Toutes les réponses ne sont pas encore connues, mais une chose est certaine : nous devons tirer tous les enseignements de cet épisode exceptionnel pour renforcer notre préparation face aux prochaines vagues de chaleur ; et nous devons tout mettre en œuvre pour protéger au mieux la population.

À la fin du mois de juin, environ 260 décès sont habituellement enregistrés chaque jour. Au plus fort de l'épisode, ce chiffre a plus que doublé : toutes les Régions du pays ont enregistré une hausse de mortalité, mais la Wallonie apparaît comme la plus durement frappée. Elle comptabilise 919 décès supplémentaires, soit une surmortalité de 76 %. En comparaison, la Flandre enregistre 682 décès supplémentaires, tandis que Bruxelles affiche une surmortalité de 60 %.

Contrairement à l'idée selon laquelle les épisodes de chaleur extrême touchent principalement les personnes âgées, Sciensano constate également une forte hausse de la mortalité chez les 15 à 64 ans. Face à cette situation, la CIM Santé s'est réunie la semaine dernière et a pris toute une série de décisions en lien avec cet épisode de canicule. Une analyse et une évaluation complète de cet épisode de chaleur sont en cours, et un plan chaleur basé sur les recommandations du RMG et de l'OMS est en préparation, visant la mise en œuvre rapide de mesures de protection.

En tant que médecin, vous êtes très attentif au problème et vous suivez le dossier de près. Vous avez déjà fait des déclarations à ce sujet. Comme on en a discuté tout à l'heure, cette problématique doit être abordée de manière transversale plutôt qu'en silos. Je sais que vous travaillez avec vos collègues à ce sujet.

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

M. Nicolas Janssen (MR). – Monsieur le Ministre, l'épisode de canicule exceptionnel que notre pays a traversé a eu un coût humain particulièrement lourd. Les chiffres rappelés par les collègues soulignent la vulnérabilité de nos aînés et des concitoyens les plus fragiles. L'inquiétude exprimée par notre collègue, Sabine Roberty, est particulièrement légitime. L'évaluation de notre état de préparation face aux crises climatiques est un exercice démocratique indispensable.

Cependant, si l'on veut aborder ce dossier avec sérieux, ne faudrait-il pas éviter l'écueil des leçons politiques à sens unique ou des injonctions budgétaires de dernière minute ? Tournons-nous surtout vers l'essentiel, qui consiste à mieux nous organiser à l'avenir. Le ministre Coppieters prend aujourd'hui le dossier à bras-le-corps avec pragmatisme. Pour le groupe MR, la réponse à ce défi climatique ne passera

pas par d'anciennes recettes dépeniées ou par une couche de bureaucratie supplémentaire. Elle doit surtout reposer sur des principes clairs : modernisation, responsabilité, efficacité de l'action publique et bien évidemment action climatique.

Plutôt que de multiplier les rapports administratifs ou de créer de nouvelles structures, nous devons surtout accélérer la transition numérique de notre système de santé. Nous soutenons la vision du ministre visant à objectiver la situation en temps réel. La Wallonie a impérativement besoin d'un tableau de bord intégré et interconnecté, automatisant les remontées de données entre l'AViQ, la première ligne de soins et les urgences hospitalières. C'est cela une gestion de crise à la pointe.

Le débriefing complet, initié par le ministre dès le 1^{er} juillet, avec l'ensemble des partenaires, est une excellente initiative. Nous veillerons à ce que les futures recommandations ou circulaires de l'AViQ ne se transforment pas en contraintes bureaucratiques étouffantes pour le personnel soignant déjà sous forte pression.

Faisons confiance, par exemple, à l'autonomie de nos maisons de repos face aux pénuries de matériel, tel que les ventilateurs. La solution pourrait résider dans des chaînes logistiques agiles et des stocks stratégiques mutualisés, et non pas dans une tutelle tatillonne de l'administration. L'opposition nous invite à engager des moyens massifs avant même les conclaves budgétaires. Pour le MR, chaque euro dépensé doit être un euro structurellement utile.

L'adaptation climatique de nos hôpitaux et de nos maisons de repos doit passer par une réorientation intelligente des plans d'infrastructures priorisant l'efficacité thermique des bâtiments – isolation, refroidissement passif, verdissement. Pourquoi cela n'a-t-il d'ailleurs pas été fait lors du dernier plan d'infrastructures ou initié à cette occasion ? L'adaptation aux crises, canicules et inondations doit être intégrée de manière transversale dans la révision des critères d'agrément pour inciter à l'innovation.

Enfin, la protection des citoyens isolés à domicile ne se règle bien évidemment pas depuis Namur. C'est à l'échelon local que l'on peut y répondre. Nous saluons la concertation avec les pouvoirs locaux. Les communes et les CPAS, en s'appuyant sur les réseaux d'aide à domicile et la solidarité de voisinage, sont les mieux armés pour activer des espaces de fraîcheur ou monitorer, par exemple, les publics vulnérables de manière agile et sans surcoût structurel majeur.

En conclusion, Monsieur le Ministre, le groupe MR soutient votre approche transparente et méthodique, alliant vos compétences de médecin, de professionnel de la santé et de gestionnaire. Nous serons attentifs à ce que les conclusions de votre débriefing interfédéral débouchent sur des mesures concrètes, mesurables et

budgétairement responsables. C'est par la modernisation de nos outils et l'agilité de nos institutions que nous protégerons durablement, au mieux, les Wallonnes et les Wallons.

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Mesdames et Messieurs les Députés, je vous remercie pour cette interpellation et toutes ces questions en lien avec la crise sanitaire que nous avons vécue. Demain, nous serons le 14 juillet et nous allons commémorer les cinq ans des inondations d'Eupen à Chaudfontaine. En 2026, on vient de traverser une nouvelle crise sanitaire qui est le reflet de quelque chose qui va se répéter – on l'a tous compris – même si cela aura parfois des allures différentes. C'est en tout cas en lien avec cette transition climatique dans lequel on doit trouver des solutions.

Les premiers chiffres de cette période des 11 jours de la canicule nous sont arrivés le 3 juillet dernier – donc vendredi passé. On était déjà impressionné alors qu'ils étaient tout à fait sous-estimés par rapport à ceux qui sont sortis mercredi passé. On s'est rendu compte de l'effet dans des niches particulières de cette surmortalité. Chez les plus de 85 ans, on a compris, mais surtout à domicile, en non résidentiel et les personnes isolées socialement. On a constaté – c'est quand même terrible – une surmortalité chez les moins de 65 ans, due à toute une série de conditions sociales, on l'a bien compris, de comportements à risque – c'est une réalité – et de facteurs de comorbidités.

Les chiffres sont très impressionnants. On a des pensées pour celles et ceux qui ont vécu de façon dramatique cette crise et pour les familles qui doivent subir cela encore maintenant.

Au-delà des conséquences sanitaires immédiates, ces chiffres ne sont que le reflet des inégalités sociales et de santé croissantes dans notre société et le dérèglement climatique va amplifier ce phénomène d'inégalités, mettre à la marge et rendre une population beaucoup plus fragile, beaucoup plus à risque. Les personnes âgées, les personnes isolées, les personnes en situation de handicap, les personnes souffrant de pathologies chroniques et de troubles psychiques, les jeunes enfants ainsi que les personnes vivant dans des logements peu adaptés en termes d'isolation, entre autres, sont particulièrement exposées.

En fin de semaine passée, j'ai rencontré le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté. Nous avons pu rediscuter de tous ces éléments. Cependant, il faut bien se rendre compte que, à l'heure actuelle, avec les seuls chiffres de Sciensano, tous ces facteurs de risque sont des hypothèses. Nous n'avons pas de chiffres spécifiques concernant la Belgique sur ces facteurs de

risque. Je ne peux pas vous dire que c'est plus tel type de logement ou plus tel type de pathologie chronique. Nous n'avons pas ces informations. Il faudra du temps pour que l'on ait les causes de mortalité. Cela prendra plusieurs mois, voire plusieurs années en Belgique pour les avoir. Il faudra aussi des études spécifiques, rétrospectives pour connaître les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui ont été les plus exposées.

Quoi qu'il en soit, au vu des données produites par Sciensano, il s'agit bien de reconnaître une gravité objectivée. La Wallonie a présenté un des taux de surmortalité nettement plus élevés que les deux autres Régions : 76 %. C'est quasi supérieur à la première vague de la crise de covid-19 en termes de surmortalité. On est quasi au même phénomène de surmortalité que la première vague. Je ne parle pas des autres. Il s'agit également de montrer que des dispositifs ont été et sont activés à très court terme, et qu'il y aura lieu de mettre en place un débriefing et un retour d'expérience – cela a déjà démarré, entre l'AViQ et toutes les maisons de repos –, afin d'améliorer nos dispositifs à moyen et à long termes.

Enfin, il convient de faire en sorte que nos secteurs sociaux et sanitaires s'adaptent structurellement face aux risques climatiques croissants en les y aidant dans le contexte budgétaire qui est le nôtre. Il faudra faire des choix. Je structurerai ma réponse en cinq chapitres :

- le bilan de la surmortalité ;
- les mesures immédiates de l'AViQ et la protection des publics vulnérables ;
- la santé mentale, le handicap, l'enfance et l'aide à domicile ;
- le retour d'expérience, la coordination interfédérale et l'éventualité d'une *task force* ;
- l'adaptation structurelle des établissements sociosanitaires au changement climatique.

Au niveau du bilan de la surmortalité, je ne vais pas redire tout ce que vous avez bien expliqué, mais c'est vrai que nous avons besoin d'indicateurs de santé qui sont collectés en continu pour faire cette surveillance sanitaire. Nous avons besoin des données de mortalité. C'est géré au niveau national, même si ce sont les Régions qui assurent la collecte. Nous attendons les chiffres concernant les activités hospitalières, les recours au service de garde et autres indicateurs de veille sanitaire. Nous avons eu les chiffres de débordement du 112 et du 1733.

L'analyse détaillée des profils des personnes touchées relève toutefois d'un travail épidémiologique nécessitant un recul et des données consolidées que nous n'avons pas à ce stade, et ce n'est donc pas à court terme qu'une réponse peut être apportée. Les premiers constats confirment néanmoins que les personnes âgées – nous en sommes sûrs –, les personnes atteintes de maladies chroniques – nous en sommes moins sûrs, mais, d'après ce qui a été dit dans les services d'urgence

des collègues professionnels de santé, il y avait bien, malheureusement, ces facteurs de risque de maladies chroniques –, les personnes isolées – cela a été démontré, la surmortalité est moins importante en maison de repos que chez les personnes âgées qui ont été amenées de leur domicile –, mais aussi certains publics plus spécifiques – notamment les personnes souffrant de troubles psychiques –, figurent parmi les groupes les plus vulnérables, sachant que les données de Sciensano montrent qu'il convient d'être attentif dès l'âge adulte et que nous sommes tous susceptibles de rencontrer des problèmes de santé lors de tels épisodes.

C'est ce qui a été discuté en CIM Santé publique, avec une volonté d'avoir des messages très clairs chez les moins de 65 ans – sur la population générale – chez les jeunes, les moins jeunes, la population active, et cetera, en leur disant : « Attention, vous devez aussi vous protéger lors de ces épisodes de fortes chaleurs ».

Concernant les mesures immédiates mises en œuvre par l'AViQ pour assurer la protection des publics vulnérables, elles ont été déployées dès l'activation de la phase d'avertissement, par la mobilisation de l'ensemble de ces réseaux, afin de diffuser les recommandations de prévention et les consignes adaptées aux secteurs concernés. Notre collègue du MR est parti, mais l'AViQ n'a pas renforcé les procédures administratives. L'AViQ a clairement allégé les procédures administratives. Dès le 15 mai, elle était en phase de vigilance ; je voudrais quand même le souligner. Le 15 juin, on a déclenché la phase d'accompagnement sur le terrain, qui était plus qu'une phase de vigilance, qui était la phase opérationnelle. Cela a très bien fonctionné. Toutes les communications de l'AViQ ont été adressées aux maisons de repos et de soins, aux services d'aide et de soins à domicile, aux services pour personnes en situation de handicap, aux structures d'accueil de l'enfance, aux services de santé mentale ainsi qu'aux autorités locales. Ces recommandations et consignes figurent également sur le portail de l'AViQ. D'ailleurs, on a relancé tout cela il y a exactement deux ou trois jours. Il faudrait revoir cela, par rapport à l'épisode de chaleur que nous connaissons maintenant.

Les médecins généralistes, les infirmiers à domicile et l'ensemble de la première ligne constituent également des partenaires essentiels dans le repérage précoce des situations à risque et l'accompagnement des personnes fragiles. Tout le week-end des 27 et 28 juin, on a été appelé par les médecins généralistes parce que le 1733 était complètement saturé, il n'arrivait pas à faire un dispatching rapide. Les médecins généralistes ont joué un rôle majeur en termes d'avertissement, mais aussi en termes de prise en charge des malades.

Les messages de l'AViQ rappellent notamment l'importance de l'hydratation, du maintien d'espaces frais, de la limitation des efforts physiques et d'une vigilance renforcée vis-à-vis des personnes les plus

fragiles. Une attention particulière est accordée au repérage des situations d'isolement social.

C'est basé sur le retour d'expérience qui est en train d'être fait. Le repérage des situations d'isolement social est une priorité sur laquelle on doit travailler avec les CPAS, les pouvoirs locaux et toute une série d'associations de terrain qui seraient habilitées à faire de l'accompagnement à domicile lorsque la situation l'exige.

L'AViQ a également renforcé sa surveillance, de maintenant jusqu'à la fin septembre, durant les week-ends et jours fériés, en dépit de la période de congé, via sa cellule de crise et le personnel de ses services. Elle a également établi des modèles d'autodiagnostic pour les hôpitaux et toutes les collectivités, afin que ces dernières puissent mieux anticiper de prochains épisodes. Elle reste en contact avec toutes les autorités de santé et les partenaires, afin d'ajuster de manière permanente son dispositif, comme le CORTEX, qui est cette coordination entre les administrations et la Région wallonne pour gérer ces situations de crise.

En matière de santé mentale, de handicap, d'enfance et d'aide à domicile, la mobilisation des acteurs locaux permet notamment de relayer les messages de prévention, d'identifier les situations à risque et d'orienter les personnes vers des lieux adaptés lorsque cela s'avère nécessaire.

Les personnes souffrant de troubles psychiques constituent effectivement un groupe particulièrement vulnérable face aux fortes chaleurs. Certains traitements psychotropes peuvent perturber les mécanismes de thermorégulation ou accroître les risques de déshydratation. Certaines pathologies peuvent également rendre plus difficile la perception des signaux de danger personnels, individuels ou l'adoption des comportements de protection adéquats.

Les organisations de santé mentale, les initiatives d'habitations protégées – les IHP – et les structures d'accompagnement ont reçu les mêmes recommandations renforcées que les autres secteurs médicosociaux. Dans les IHP, le budget public subsidie le personnel et l'organisation, tandis que la gestion et l'adaptation du bâti reposent sur un modèle locatif classique. Même si Mme Roberty n'a pas posé la question, les CRF disposent quant à eux d'une autonomie pour proposer leurs investissements à charge de leur financement paritaire.

Les enfants en bas âge et les personnes âgées demeurent parmi les populations les plus exposées. Les structures d'accueil de l'enfance, les maisons de repos et les services d'accompagnement ont été sensibilisés à la mise en œuvre de mesures spécifiques – pour les premières, via l'ONE –, telles que l'hydratation régulière, l'adaptation des activités, le suivi renforcé des

personnes fragiles et la surveillance accrue des signes de déshydratation et des coups de chaleur.

Quand je suis allé visiter une maison de repos du CPAS de Charleroi, on voit que la réhydratation personnalisée fonctionne dans les maisons de repos. C'est beaucoup plus de temps de réhydratation, mais il y a un vrai accompagnement personnalisé pour celles et ceux qui en ont besoin pour prévenir cette déshydratation. C'est assez intéressant.

Je voudrais revenir aussi sur l'aspect du bâti. On reproche que le plan d'investissement n'investit pas dans la climatisation, et cetera. C'est faux. Je l'ai encore vu au CPAS de Charleroi, où la nouvelle aile est tout à fait bien ventilée et aérée sur base de normes écologiques efficaces. Les anciennes ailes sont mal ventilées, c'est la réalité. Il faut des normes, parce qu'il faut au minimum une pièce ventilée et rafraîchie dans ces ailes anciennes. On ne doit pas non plus s'en cacher : on fait bien les choses en Wallonie. Lorsqu'on construit, lorsqu'on fait de l'infrastructure, on le fait bien et dans une vision à long terme.

Une attention particulière est également portée aux personnes âgées vivant seules, en collaboration avec les communes, les CPAS et les services d'aide à domicile qui jouent un rôle essentiel dans le repérage et la protection des situations les plus à risque. En outre, les agents de prévention des organismes assureurs – les mutuelles – appellent, depuis début juillet, les personnes âgées isolées souffrant de comorbidités, et un monitoring hebdomadaire est mis en place à la suite de ces interventions, en concertation avec l'AViQ.

Ce sont ces fameux agents de prévention que nous soutenons au niveau des mutuelles qui entretiennent des contacts téléphoniques en continu avec les personnes les plus fragiles, les plus vulnérables. Quantitativement, cela ne couvre pas tous les besoins par rapport à ces personnes fragiles, mais le mécanisme est bien en place.

L'identification de lieux de rafraîchissement devra compléter l'organisation, comme l'a recommandé le RMG, ce qui requiert une importante collaboration avec les autorités locales et les administrations compétentes.

Concernant le retour d'expérience, la coordination interfédérale et les travaux de la *task force* soulignent que la protection des populations vulnérables repose nécessairement sur une coordination étroite entre les différents niveaux de pouvoir et les acteurs de terrain. Des collaborations sont déjà mises en œuvre avec les communes, les CPAS, les maisons de repos, les services d'aide à domicile, les structures d'accueil, les services de santé mentale et les opérateurs de première ligne.

Au niveau interfédéral, les ministres de la Santé et leurs administrations collaborent étroitement au niveau de la conférence interministérielle – je l'ai réunie le 1^{er} juillet dernier –, mais aussi grâce à la plateforme interadministrative, le RMG, ou encore les groupes de

travail. Les difficultés qui ont été rencontrées et discutées lors de la dernière CIM Santé publique ont été liées à l'organisation du 112 et du 1733 qui dépendent du SPF Intérieur. Cette gouvernance relève de la compétence fédérale et a fait l'objet d'une recommandation du RMG à la CIM Santé du 8 juillet 2026.

La réflexion se poursuit cependant afin d'améliorer encore la circulation de l'information, l'anticipation des épisodes de chaleur et la coordination opérationnelle entre les différents intervenants. Dans ce cadre, toutes les pistes permettant de renforcer la concertation intersectorielle et l'efficacité des dispositifs existants méritent d'être examinées avec attention.

L'adaptation structurelle des établissements sociosanitaires au changement climatique constitue un enjeu majeur pour la protection des publics fragiles. Les établissements d'hébergement et les services d'accompagnement jouent à cet égard un rôle central, tandis que les retours du terrain permettront d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées en matière d'équipements, d'organisation ou de ressources humaines.

La question du confort thermique des bâtiments constitue un enjeu majeur. Au-delà des mesures ponctuelles, une réflexion est engagée sur l'adaptation progressive des infrastructures afin d'améliorer leur résilience face aux épisodes de chaleur extrême, notamment lors des rénovations et investissements futurs. Wallonie Santé fait un travail considérable pour travailler avec ces collectivités par rapport à l'énergie durable.

Quant à la mise en place d'une *task force* « Chaleur », la Wallonie dispose déjà de mécanismes de coordination associant les autorités compétentes et les acteurs de terrain dans le cadre du plan Forte Chaleur et Pics d'ozone. Mon objectif est avant tout de renforcer l'efficacité de cette coordination et de veiller à ce que l'ensemble des secteurs concernés soient correctement associés à l'anticipation et à la gestion des épisodes de chaleur. La proposition du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté sera examinée avec attention au regard de cette orientation et mise en perspective avec les travaux en cours relatifs au plan One Health. La plateforme Environnement-Santé, qui rassemble les administrations de l'environnement et de la santé, prépare actuellement une feuille de route visant à définir les priorités et modalités de mise en œuvre de cette approche. D'ores et déjà, elle a établi le changement climatique comme une priorité.

Les vagues de chaleur ne constituent plus des événements exceptionnels, mais une réalité appelée à se répéter. Au-delà de la gestion de crise, le défi consiste désormais à renforcer durablement la résilience de nos systèmes d'aide, de soin et d'accompagnement. Cela implique d'intégrer davantage le risque climatique dans

les plans de gestion des établissements, l'aménagement des infrastructures, les politiques de prévention et l'accompagnement des publics vulnérables.

Le Gouvernement et l'AViQ poursuivront donc leurs efforts afin d'améliorer la prévention, la coordination et la protection des personnes les plus fragiles face à des épisodes climatiques dont l'intensité et la fréquence sont appelées à augmenter.

Je voudrais revenir sur un détail rapporté par un journal – je ne sais plus lequel : j'y ai dit qu'il n'y aurait pas de responsabilité juridique de la Région wallonne en cas de situation de crise. Ce type de situation passe par la commune, puis la province avec le gouverneur, et enfin au niveau fédéral. La Région n'a pas de rôle à jouer dans la déclaration d'une situation de crise. Par contre, elle doit prendre ses responsabilités dans ses compétences. Mais elle n'a pas de responsabilité juridique pour activer une situation de crise.

Je n'ai sans doute pas répondu à tout, mais nous pourrons y revenir lorsque nous disposerons de plus de données.

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

Mme Sabine Roberty (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour l'ensemble de vos réponses. Vous n'avez pas eu l'occasion de répondre à tout, mais les questions étaient nombreuses, les miennes comme celles de mes excellents collègues. Un peu comme lors du covid, c'est la première fois que l'on vous interroge sur cette crise ; d'autres questions découleront probablement de cette première vague dans le futur. J'ai bien entendu qu'il était peut-être trop tôt pour déjà tirer les conclusions. Si l'on savait déjà tirer les conclusions, on serait tous des surhommes ou des surfemmes. Il faut prendre le temps de bien analyser les choses et surtout les retours de terrain.

En réalité, quand on entend ce que vous dites, en regard des questions posées par mes collègues, deux réalités s'affrontent. L'une, que vous rapportez, est que quelque chose a été mis en place en amont et que des messages d'alerte ont été donnés. C'est une réalité. L'autre réalité, c'est qu'il y a 919 morts.

Je sens que vous êtes persuadé et que c'est votre priorité. Comme je vous l'ai dit à l'entame de l'interpellation, je suis convaincue que vous allez en faire une priorité et que c'est important à vos yeux. Vous n'avez pas du tout réagi comme les autres ministres, ce dont je vous remercie. Je sais que le travail est colossal et il n'est pas uniquement dans vos mains, il est distribué dans d'autres mains, vous n'êtes pas responsable de tous les pans de la société qui font que l'on vit tous, aujourd'hui, un dérèglement climatique. La Belgique n'est pas une île et c'est ensemble qu'il faut prendre la mesure du problème. Le GIEC le dit depuis des dizaines d'années, donc c'est le moment,

maintenant, d'avancer, même s'il y a encore des climatosceptiques.

C'est le moment idéal pour remercier toutes ces personnes qui ont travaillé pendant cette crise et qui ont donné beaucoup d'elles-mêmes. Je remercie nos organisations et l'AViQ d'avoir fait tout ce qu'elle a fait et tout ce qu'elle fera encore jusqu'au mois de septembre.

Vous avez les priorités, mais je vous invite à le faire. Vos partenaires du Gouvernement n'ont peut-être pas les mêmes sensibilités que vous. On a entendu notre collègue du MR s'exprimer. Heureusement qu'il n'est pas ministre de la Santé, parce qu'on l'aurait mis, lui, sur le barbecue. Il n'avait pas beaucoup de questions, mais son intervention fait peur sur le fait de gérer une crise comme cela. Ce n'est pas comme cela que l'on répond à l'angoisse des familles et à la fatigue du personnel. Enfin, je devrais en faire un même et le déposer sur internet. Je ne le ferai pas, mais je devrais.

Nous avons fait cette interpellation, de laquelle va découler une motion dont je demande l'urgence pour qu'elle puisse être déposée et que l'on en discute en plénière mercredi. Les gens n'attendent pas nos congés parlementaires. Ce qu'ils veulent, ce sont des réponses concrètes. Le groupe socialiste demande 11 choses au Gouvernement. Vous avez déjà donné, dans vos interventions, Monsieur le Ministre, des pistes pour que l'on puisse au moins se rejoindre sur plusieurs demandes au Gouvernement. Si c'est OK pour les services, on demande que l'on puisse encore en rediscuter mercredi en plénière.

M. le Président. – Vous connaissez la procédure pour demander l'urgence puisque nous verrons avec notre cheffe de groupe. Ce sera décidé mercredi en plénière.

La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Monsieur le Ministre, je vous ai interpellé plusieurs fois concernant les normes légales et fonctionnelles. Durant ces épisodes caniculaires, ces normes fonctionnelles ont manqué. Les normes légales, c'est ce que la Région wallonne finance, et les normes fonctionnelles, c'est ce que les employeurs financent. Aujourd'hui, on voit bien que ces normes nous ont fait défaut. Il faut récupérer ces normes fonctionnelles. Je ne dis pas que cela aurait changé le bilan, mais peut-être que cela l'aurait quand même influencé. Non seulement il faut revoir les normes, mais il faut récupérer ces normes fonctionnelles. On a besoin de bras.

Vous dites qu'il y a des recommandations et que l'AViQ les a envoyées. Les maisons de repos qui ont pu les appliquer – il faut des bras pour les appliquer –, c'est important, mais ce n'est pas assez. Quand il y a une urgence, les épisodes caniculaires sont annoncés. Il faut agir d'abord dans l'urgence, mais, en attendant de

mettre un dispositif adéquat, le minimum, c'est de faire intervenir l'armée, comme vous l'avez dit. On a vécu la même chose pendant la crise du covid et, là, il y avait quelque chose à faire. M. Francken devait faire intervenir l'armée au lieu de parler de barbecue et de bière parce que l'on était au même niveau. Je partage votre constat : nous sommes au même niveau que pendant le covid. C'est ce qu'ont vécu les personnels. Dès lors, que ce soit l'armée ou un autre organisme, il fallait quand même intervenir. On doit garder en tête que l'on n'attend pas ; on sait que l'épisode arrive. Pour la prochaine fois, si l'on n'a pas les moyens, il ne faut pas hésiter à faire appel. Sinon, ce n'est plus une urgence.

Il faut absolument désengorger les urgences et donc il faut aussi agir au niveau des maisons de repos. On ne peut contempler les épisodes qui passent sans agir sur nos maisons de repos. Vous devez trouver la solution. C'est pour cela que nous déposons une motion.

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

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour vos réponses. En effet, vos différents chapitres nécessitaient d'être pris en compte et d'être exposés, que ce soit sur le constat de la vague de chaleur précédente, mais aussi sur les actions à court et à long termes. Je lis dans la presse que la CIM Santé s'est réunie sur le sujet. Est-ce le cas ?

Il y a des leçons à tirer de cette première vague de chaleur à différents étages. J'en conviens, il y a énormément de choses que vous avez évoquées qui ont été mises en place pour gérer le court terme. Il va falloir que le Gouvernement se mette en action pour gérer le moyen et le long terme. Là, il y a actuellement un déficit du Gouvernement : les moyens ne sont pas suffisants. Je ne parle pas que de moyens financiers. Il y a une vraie réflexion, un vrai plan qui doit être mis en place pour commencer, dès aujourd'hui, à amplifier nos capacités d'adaptation, mais aussi d'atténuation des effets. Sans cela, on ne va faire que gérer des épisodes qui vont devenir exponentiels par la suite. On doit donc gérer l'adaptation et l'atténuation.

Comme vous le savez, Ecolo a déposé, voici quelques semaines, un plan fraîcheur. Il y a dedans différentes pistes qu'il faut absolument travailler, que ce soit tout ce qui est infrastructures en école et en crèche, la végétalisation de certains espaces, comme les cours de récré. Jette est un exemple : on voit toute la différence entre une cour de récré qui est végétalisée et une qui ne l'est pas. Ce n'est pas juste de l'ombre, c'est de la fraîcheur. Des îlots de fraîcheur doivent être accessibles dans toutes les communes. Il existe des droits de tirage pour les routes. On pourrait mettre en place des droits de tirage communaux au niveau de la Région pour développer des infrastructures qui facilitent l'adaptation. Des primes pourraient être données pour toutes sortes d'adaptation des bâtiments. Vous êtes

surtout le ministre de l'Égalité des chances pour les personnes qui ont le moins les moyens d'adapter les bâtiments. Il y a aussi la question des locataires. Même les petits propriétaires ont besoin d'aide. Il y a parfois des choses qui ne coûtent pas très cher. Il y a certaines peintures, par exemple, qui sont extrêmement efficaces. Quand on les met sur une surface, on fait diminuer de plusieurs degrés l'intérieur d'un bâtiment.

Cela nécessite une vraie vision. Il y a les zones de baignade, les piscines à ouvrir. À Enghien, on a une belle piscine récréative. Le tarif n'a pas été diminué, mais elle était quand même complète. On voit qu'il y a un manque en termes d'endroits de baignade. Il y a donc énormément de choses à mettre en place.

Comme vous êtes – je le dis de manière très sincère – mobilisé sur cette question et extrêmement conscient de l'importance de tout cela, on va revenir vers vous pour que vous puissiez être l'aiguillon au sein de ce Gouvernement, là où d'autres sont peut-être moins conscients ou moins mobilisés sur cette question. Vous êtes une des personnes dans ce Gouvernement – ainsi qu'au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles – qui doivent défendre et porter ce combat à tout prix. Vous savez combien c'est important.

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

Mme Sylvie Muratore (PS). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour vos éléments de réponse clairs. Vos propos se veulent rassurants, surtout en matière de gestion à court terme. Cela ne doit toutefois pas conduire à sous-estimer les difficultés rencontrées au quotidien par les professionnels. Les retours du terrain permettront sans doute d'identifier des pistes d'amélioration afin de renforcer encore la protection des personnes les plus vulnérables lors des prochains épisodes de chaleur.

Comme vous le disiez dans votre réponse, les épisodes de chaleur extrême ne relèvent plus de l'exception, mais deviennent une réalité à laquelle nos politiques publiques doivent désormais s'adapter durablement. L'anticipation constituera certainement la meilleure protection, tant pour les patients que pour les professionnels qui les accompagnent au quotidien. En effet, la mise en place de plans, c'est bien, mais l'action, c'est mieux. On compte sur vous, Monsieur le Ministre, car il y a urgence.

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

Mme Jamila Ammi (PTB). – Monsieur le Ministre, vous avez comparé la canicule à la crise du covid. Si c'est une crise, où sont les moyens exceptionnels ? Aujourd'hui, on a surtout conseillé aux personnes fragiles de se rendre dans des lieux frais. À court terme, cela peut paraître une solution, mais elle reste juste temporaire.

En maison de repos, les soignants disent qu'ils n'ont plus le temps. Un verre d'eau posé sur une table ne suffit pas. Une personne atteinte d'Alzheimer, de démence ou de la perte de la sensation de boire doit être accompagnée, mais faute de personnel, on n'a pas assez de temps pour certains résidents.

Dès lors, où sont les moyens pour les maisons de repos, les hôpitaux et les soins à domicile ? Une crise se mesure aux moyens que l'on met sur la table, y compris les moyens humains. Jusqu'à preuve du contraire, un ventilateur n'a jamais donné un verre d'eau à un résident.

(Réactions dans l'assemblée)

M. le Président. – Si elle s'est jointe, ce n'est pas la même règle.

La parole est à Mme Jacqmin.

Mme Marie Jacqmin (Les Engagés). – Je vous remercie, Monsieur le Président, pour ce point règlement. Désormais, on sait que l'on peut répliquer lorsqu'on se joint à une interpellation.

Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour vos réponses. On avait déjà eu l'occasion, il y a 15 jours, de traiter du même sujet, de voir comment on pouvait réagir face aux crises qui risquent malheureusement d'être de plus en plus fréquentes avec le changement climatique. Vous avez déjà apporté pas mal de pistes de solutions. Aujourd'hui, je vous sais volontaire et résilient face à ce qui s'annonce. Je compte sur vous, je vous fais confiance et je ne manquerai pas de suivre la thématique.

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

Mme Bénédicte Linard (Ecolo). – En Commission des affaires générales, il y a aussi eu des dépôts de motions à la suite d'une interpellation sur la canicule et l'urgence a été demandée. Je voulais en informer notre Commission puisque c'est le même sujet. Nous soutiendrons évidemment l'urgence.

M. le Président. – Des motions sont déposées en conclusion de l'interpellation de Mme Roberty. La première, motivée, est déposée par Mme Aït Alouha (Doc. 648 (2025-2026) N° 1), la seconde, motivée, par Mmes Roberty et Muratore (Doc. 649 (2025-2026) N° 1), et la troisième, pure et simple, par Mme Jacqmin (Doc. 650 (2025-2026) N° 1).

L'incident est clos.

Question orale
de Mme Rachida Aït Alouha
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la pression à l'encontre du personnel
soignant »

Question orale
de Mme Jamila Ammi
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « la pénurie dans les métiers du soin »

M. le Président. – L'ordre du jour appelle les questions orales à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, de :

- Mme Aït Alouha, sur « la pression à l'encontre du personnel soignant » ;
- Mme Ammi, sur « la pénurie dans les métiers du soin ».

La parole est à Mme Aït Alouha pour poser sa question.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Monsieur le Ministre, une enquête menée par la CSC auprès de plus de 5 000 travailleurs du secteur des soins de santé met en lumière une situation particulièrement préoccupante : la moitié du personnel soignant déclare travailler souvent, voire toujours, malgré la maladie. Plus d'un tiers effectue des heures supplémentaires chaque semaine, principalement en raison du manque structurel de personnel et des absences de collègues. Pour certains, ces heures ne peuvent même pas être récupérées. Cette réalité nourrit un cercle vicieux : surcharge de travail, épuisement, absentéisme, départs du personnel et aggravation des pénuries.

Quelles mesures concrètes comptez-vous prendre, dans le cadre de vos compétences, pour améliorer les conditions de travail du personnel soignant, renforcer l'attractivité des métiers des soins et prévenir l'épuisement professionnel ?

M. le Président. – La parole est à Mme Ammi pour poser sa question.

Mme Jamila Ammi (PTB). – Monsieur le Ministre, le FOREm vient de publier la liste des métiers en pénurie. Je voudrais vous interroger sur la pénurie dans les métiers du soin, et en particulier chez les infirmières et les aides-soignantes.

Je connais ce métier, je l'ai exercé et je sais ce que cela veut dire : courir toute la journée, porter des patients, enchaîner les toilettes, les repas, les changes, les sonnettes et les imprévus. Je sais aussi ce que cela

veut dire de rentrer chez soi épuisé, avoir mal au dos ou aux épaules et parfois mal au cœur parce que l'on n'a pas eu le temps de faire son travail comme on aurait voulu.

Aujourd'hui, beaucoup d'aides-soignantes quittent le métier, non pas parce qu'elles ne l'aiment plus, mais parce qu'elles n'en peuvent plus : les horaires sont lourds, les salaires trop bas, les équipes trop courtes, la pression permanente. Dans les maisons de repos, les hôpitaux, les services à domicile, on demande toujours plus à des travailleurs déjà à bout.

Cette pénurie n'est donc pas une fatalité. Elle est aussi le résultat de choix politiques : quand on ne revalorise pas suffisamment les métiers du soin, quand on laisse les équipes travailler en sous-effectif, quand on ne prend pas au sérieux la pénibilité, les travailleurs finissent par partir.

Quelles mesures concrètes comptez-vous prendre pour lutter contre la pénurie dans les métiers du soin ? Comptez-vous défendre une revalorisation salariale réelle des aides-soignantes et du personnel de soins ? Comptez-vous renforcer les normes d'encadrement dans les maisons de repos et les services concernés ? Quelles mesures allez-vous prendre pour améliorer les conditions de travail, afin que les soignants puissent rester dans leur métier et soigner dignement les patients ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Mesdames les Députées, nous abordons ces thématiques assez régulièrement en commission. Vous imaginez donc bien que je n'ai pas beaucoup de nouveaux éléments de réponse à vous proposer.

Comme je l'ai évoqué à plusieurs reprises, nous travaillons à la réalisation d'un diagnostic exhaustif sur les éléments qui contribuent à la pénurie ou plus précisément à la fuite des soignants vers d'autres secteurs que celui du soin. Ce travail est en cours. Cela demande beaucoup de réflexion avec la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le salaire n'est qu'un élément parmi d'autres et la revalorisation salariale n'est donc qu'une partie de la réponse. Nous avançons dans l'IFIC par rapport à toute une série de personnels. Une stratégie d'attractivité, mais surtout de fidélisation et d'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail doit se déployer. J'en suis persuadé et vous remercie pour vos questions qui me permettent d'aborder cela. Le suivi de la réalisation des actions est en cours. Les effets sur le système et la fidélisation des travailleurs et travailleuses du soin devront être évalués à long terme.

Les actions planifiées concernent :

- la gouvernance du système, que nous voulons beaucoup plus participative, beaucoup plus dynamique, dans laquelle les directions ont un autre référentiel de management de leurs équipes ;
- la prévention et la promotion de la santé des travailleurs dans les institutions de soins, avec un focus sur les travailleurs eux-mêmes et sur une adaptation de l'environnement de travail par rapport à leur santé ;
- le soutien au développement d'organisations de travail plus attractives, participatives et favorables à la qualité de vie au travail ;
- une analyse du temps nécessaire à la participation et à la coconstruction et consacré par les travailleurs et travailleuses à la transformation organisationnelle, à l'identification des problématiques et à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Des actions relatives à la formation et à la communication sur ces métiers en crise d'attractivité sont également en cours avec l'élaboration d'un parcours de formation continue dans les métiers de l'art infirmier, allant de l'aide-soignant à l'infirmier en pratique avancée.

Enfin, une révision de la réglementation relative aux maisons de repos et de soins est en cours. Elle arrivera bientôt sur la table du Gouvernement. Elle devrait conduire à une amélioration de la satisfaction des travailleurs et des résidents de ces lieux.

Ainsi, l'ensemble de ces actions sont coconstruites dans une logique participative et *bottom-up*. Le principe de coresponsabilité de chacun selon ses prérogatives est également activé au sein des pratiques de changement. Elles s'inscrivent dans le temps long et sont soutenues par des actions de communication et d'amélioration de la formation, de revalorisation des métiers du soin et surtout d'attractivité des jeunes dans les auditoriums, que ce soit au niveau médical ou paramédical.

M. le Président. – La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Étant donné qu'il y a beaucoup d'éléments, Monsieur le Ministre, comme à l'accoutumée, je vais réécouter votre réponse.

On revient vers vous plusieurs fois avec les mêmes thèmes, mais c'est pour vous dire qu'il y a des travailleurs qui assument alors qu'ils sont malades.

Des hôpitaux essaient de trouver des solutions. Je vais prendre l'exemple du MontLégia, où des infirmiers prestent 400 à 500 heures supplémentaires. Pour récupérer, ils ont instauré une prime pour celui qui veut bien remplacer les jours de maladie. Le problème est que, une fois qu'ils ont eu la prime et qu'ils ont

remplacé, eux-mêmes tombent malades parce qu'ils sont fatigués, dans leur horaire normal.

On ne parvient pas du tout à sortir de ce cercle vicieux. Dès lors, je viens à nouveau avec cette question pour vous dire que cela ne va pas et que le système coince.

J'ai pris l'exemple des hôpitaux pour ne pas aller dans les maisons de repos, mais c'est une problématique et les acteurs de terrain cherchent des solutions. Néanmoins, c'est limite et ce n'est pas encore au point.

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

Mme Jamila Ammi (PTB). – Monsieur le Ministre, j'ai fait 30 ans en maison de repos et, pendant ces 30 ans, j'ai vu une dégradation ; 30 ans à voir la pénibilité augmenter. Le vrai problème est le manque d'effectifs. Faute de temps, on ne peut plus parler aux résidents, les rassurer et les accompagner dignement. Quand on ne sait plus faire correctement son métier, on rentre chez soi épuisé. Les jeunes voient cette réalité. Beaucoup quittent déjà la profession et vous leur demandez de tenir jusqu'à 67 ans. Soyons sérieux, ce n'est pas un métier où l'on est assis, les jambes croisées sous un bureau. C'est un métier qui use le corps et l'esprit. La pénurie n'est pas une fatalité ; c'est le résultat de choix politiques.

**Question orale
de Mme Rachida Aït Alouha
à M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de
l'Environnement, des Solidarités et de
l'Économie sociale,
sur « les soins palliatifs à domicile et en maison
de repos »**

M. le Président. – L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Aït Alouha à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale, sur « les soins palliatifs à domicile et en maison de repos ».

La parole est à Mme Aït Alouha pour poser sa question.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Monsieur le Ministre, une récente enquête de presse a mis en lumière une réalité préoccupante : certains patients en soins palliatifs sont renvoyés chez eux ou en maison de repos après 30 jours d'hospitalisation. Dans l'idéal, il faut mourir pendant ces 30 jours ; au-delà de cela, vous êtes renvoyé chez vous.

Si cette pratique trouve son origine dans des contraintes qui relèvent du niveau fédéral, ses conséquences retombent directement sur les compétences de la Wallonie. Ces transferts reportent la

prise en charge sur les équipes des soins palliatifs à domicile, sur les maisons de repos, mais également sur les aidants proches.

Or, ces secteurs sont déjà sous fortes tensions. Le manque de personnel ne leur permet pas toujours d'offrir l'accompagnement humain que mérite une personne en fin de vie. Il faut du temps et certains résidents terminent leurs derniers instants dans une profonde solitude, en regardant le mur. J'ai déjà vu cela plusieurs fois. Une fin de vie digne ne se résume pas à des actes techniques, elle exige aussi du temps, de l'humanité et surtout de la présence.

Comment la Wallonie entend-elle absorber une augmentation de transfert des patients en fin de vie vers les soins extra-hospitaliers ? Les équipes disposent-elles aujourd'hui de moyens humains et financiers suffisants pour garantir un accompagnement réellement digne et de qualité, tant à domicile qu'en maisons de repos ? Quelles initiatives prenez-vous pour anticiper les besoins futurs en personnel, renforcer l'attractivité des métiers des soins à domicile et des maisons de repos et éviter que les difficultés rencontrées à l'hôpital ne se traduisent par une pression insoutenable sur les services relevant de vos compétences ?

Enfin, quelles mesures entendez-vous prendre pour garantir que chaque personne en fin de vie puisse bénéficier d'un accompagnement humain où les soignants disposent réellement de temps nécessaire pour être présents auprès des patients, de leur famille et de leurs derniers instants ?

M. le Président. – La parole est à M. le Ministre Coppieters.

M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale. – Madame la Députée, la situation que vous décrivez met en évidence une tension croissante entre les contraintes relevant du Fédéral et les capacités d'accueil, tant au domicile qu'en maison de repos, qui relèvent des compétences régionales. Si le transfert vers le domicile ou les maisons de repos peut répondre à certaines attentes de patients, notamment le souhait de finir leur vie dans un environnement familial, les choix ne peuvent en aucun cas être dictés uniquement par des contraintes organisationnelles et budgétaires. C'est pourquoi un travail de concertation avec le niveau fédéral est indispensable afin de garantir que ces décisions reposent avant tout sur des critères médicaux, éthiques et humains.

La Wallonie, quant à elle, est engagée dans plusieurs actions visant à renforcer ces secteurs :

- le soutien aux équipes mobiles des soins palliatifs puisque, depuis 2019, une série d'adaptations a été appliquée aux budgets des équipes ;
- le soutien aux plateformes de concertation en soins palliatifs et la poursuite des dispositifs des

MUSM – les mesures d’urgence en santé mentale – visant à assurer un soutien psychologique et un accompagnement spécifique. Ces renforts ont permis aux plateformes d’investir davantage le champ de l’anticipation du projet de soins personnalisé et anticipé ou PSPA ;

- le soutien aux aidants proches, via la pérennisation de l’ASBL « Aidants proches », le développement d’un arsenal de mesures d’information, de sensibilisation, de formation et de soutien aux aidants proches ainsi que l’accès aux services de répit.

Cependant, ces mesures restent insuffisantes au regard de l’évolution démographique, du vieillissement et des besoins croissants en soins palliatifs. Comme vous l’évoquez très bien, la pénurie de personnel constitue aujourd’hui le principal facteur limitant. Je souhaite rappeler que la création de nouvelles fonctions et la suppression d’autres fonctions dans les professions de santé, comme les assistants en soins infirmiers – les AESI – et le brevet infirmier, relèvent bien sûr de la compétence fédérale.

Par ailleurs, la stratégie intrafrancophone est systématique pour renforcer l’attractivité et la fidélisation dans les métiers de l’accompagnement et des soins et développer ses propres projets en matière de valorisation des métiers et de communication, d’amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail, de formation initiale et continue. Ainsi, plusieurs projets sont actuellement menés afin de répondre aux défis liés à la pénurie de personnel. Parmi les initiatives en cours figure le projet d’attractivité des métiers dont j’ai pu discuter dans une question précédente, et l’AViQ pilote également le projet de réforme des MR et MRS dont l’objectif est de simplifier les normes, la législation en vigueur tout en les adaptant aux réalités actuelles de terrain.

Bien que les plateformes de soins palliatifs soient déjà agréées et subventionnées par l’AViQ et que l’annexe 120 prévoit un lien fonctionnel entre celles-ci et les MRS, il apparaît aujourd’hui nécessaire de renforcer encore plus cette collaboration par la mise en place d’un partenariat plus structuré et opérationnel, envisagé en termes d’objectifs à atteindre par les parties prenantes.

Cette évolution devra également s’accompagner de critères d’admission clairs et tenir compte des capacités d’accueil en MRS. En effet, ces établissements sont déjà confrontés à des contraintes de personnel. Il est dès lors essentiel que toute nouvelle mesure respecte les réalités du terrain et n’engendre pas une charge supplémentaire difficilement soutenable pour ces établissements.

Je vous rappelle également un point fondamental : une fin de vie digne ne peut être réduite à une prise en charge technique. Elle suppose du temps de présence, une relation humaine, un accompagnement des familles.

Pour répondre à cette exigence, la Wallonie poursuivra son soutien à la formation spécifique en soins palliatifs pour le personnel, au renforcement des équipes mobiles et des référents en soins palliatifs, au développement des projets d’accompagnement individualisé en maison de repos et à l’intégration de la dimension palliative dès l’entrée en institution.

M. le Président. – La parole est à Mme Aït Alouha.

Mme Rachida Aït Alouha (Indépendante). – Je vous remercie, Monsieur le Ministre, pour votre réponse rassurante et encourageante. Comme vous l’avez bien dit, le vieillissement va encore augmenter, et l’on doit y être préparé.

Je voulais avoir un mot par rapport aux hôpitaux, notamment cet hôpital qui a renvoyé des personnes en fin de vie parce qu’elles ont dépassé les 30 jours. Comme vous l’avez bien dit dans votre réponse, il n’y a pas que l’aspect financier. C’est vrai, car, si l’on part sur la base financière, on va dire qu’une personne en fin de vie n’est plus assez rentable.

Comme je l’ai dit dans une autre réponse, j’ai parfois l’impression que l’on ne vit plus dans un pays développé. J’espère que ce genre d’attitude va changer et que la médecine va rester ouverte à tout le monde afin qu’elle continue à sauver des vies et à permettre d’avoir une fin de vie de qualité, ce qui est encore plus important que des actes médicaux.

ORGANISATION DES TRAVAUX

(Suite)

Interpellations et questions orales transformées en questions écrites

M. le Président. – Les questions orales de :

- Mme Roberty, sur « le vieillissement des infrastructures des centres de réadaptation fonctionnelle (CRF) et des initiatives d’habitations protégées (IHP) » ;
- Mme Fafchamps, sur « le dépistage génétique des cancers » à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l’Environnement, des Solidarités et de l’Économie sociale, sont transformées en questions écrites.

Interpellations et questions orales retirées

M. le Président. – La question orale de Mme Fafchamps à M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l’Environnement, des Solidarités et de l’Économie sociale, sur « l’accès aux toilettes publiques en Wallonie » est retirée.

Ceci clôt nos travaux de ce jour.

La séance est levée.

- *La séance est levée à 19 heures 46 minutes.*

LISTE DES INTERVENANTS

M. Stéphane Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège (ULiège)
Mme Rachida Aït Alouha, Indépendante
Mme Jamila Ammi, PTB
Mme Alice Bernard, PTB
M. Yves Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale
Mme Veronica Cremasco, Ecolo
M. Guy Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW)
Mme Élisabeth Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le THIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-
Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val
M. Yves Evrard, MR
M. Stéphane Hazée, Ecolo
Mme Marie Jacqmin, Les Engagés
M. Nicolas Janssen, MR
Mme Anne Laffut, MR
M. Bruno Lefèbvre, PS
M. Jean-Pierre Lepine, Président
Mme Bénédicte Linard, Ecolo
Mme Nicole Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et
germanophones (UPPCF)
M. Freddy Mockel, Ecolo
Mme Sylvie Muratore, PS
M. Vincent Palermo, MR
M. Loris Resinelli, Les Engagés
Mme Sabine Roberty, PS
Mme Stéphanie Thoron, MR
Mme Mathilde Vandorpe, Les Engagés

ABRÉVIATIONS COURANTES

AESI	assistant(s) en soins infirmiers
APE	aide(s) à la promotion de l'emploi
ASBL	association sans but lucratif
AViQ	Agence pour une vie de qualité
BIM	bénéficiaire de l'intervention majorée
CANTOU	centre(s) d'activités naturelles tirées d'occupations utiles
CELINE	Cellule interrégionale de l'environnement
CESE	Conseil économique, social et environnemental de Wallonie
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
ChatGPT	Chat generative pre-trained transformer (chat transformateur préformé génératif)
CHU	centre(s) hospitalier(s) universitaire(s)
CIM	conférence interministérielle
CO ₂	dioxyde de carbone
CoDT	Code du développement territorial
CORTEX	Centre régional de coordination des risques et de la transmission d'expertise
covid	coronavirus disease (maladie à coronavirus)
covid-19	coronavirus disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)
CPAS	centre(s) public(s) d'action sociale
CRF	centre(s) de réadaptation fonctionnelle
CSC	Confédération des syndicats chrétiens de Belgique
CSEM	Conseil supérieur de l'éducation aux médias
CWASS	Conseil/Code wallon de l'action sociale et de la santé
DNF	Département de la nature et des forêts
DPA	Département des permis et autorisations
DPC	Département de la police et des contrôles
DPI	dossier patient informatisé
ERICH	Ensemble rénovons les institutions pour citoyens handicapés (plan)
ETA	entreprise(s) de travail adapté
ETHOS	European Typology on Homelessness and Housing Exclusion (typologie de l'exclusion liée au logement)
ETP	équivalent temps plein
Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
FAGW	Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
FIH	Fédération des institutions hospitalières
FMM	Fédération des maisons médicales
FOREm	Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi
FSE	Fonds social européen
FWA	Fédération wallonne de l'agriculture (ASBL)
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
GLEM	groupe local d'évaluation médicale
GSM	global system for mobile communications (norme numérique de seconde génération pour la téléphonie mobile)
HORECA	hôtellerie, restauration et cafés
IA	intelligence artificielle
IAS	Intérieur et Action sociale (SPW)
IDEA	Intercommunale de développement économique et d'aménagement des régions de Mons-Borinage et du Centre (SCRL)
IDESS	initiatives de développement de l'emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale
IFDH	Institut fédéral des droits humains
IFIC	Instituut voor functieclassificatie / Institut de classification des fonctions

IHP	initiative(s) d'habitations protégées
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
Interreg	programme opérationnel transfrontalier de coopération territoriale européenne
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)
MR-MRS	maison de repos et maison de repos et de soins
MUSM	mesures urgentes en santé mentale
NIMBY	not in my backyard (pas dans mon arrière-cour)
OLS	organisation(s) locorégionale(s) de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
ONU	Organisation des Nations unies
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants)
PAT	projet(s) alimentaire(s) territorial(-aux)
PET	polyéthylène téréphtalate
PFAS	perfluoroalkyl and polyfluoroalkyl substances (substances perfluoroalkylées et polyfluoroalkylées)
PIB	produit intérieur brut
PME	petite(s) et moyenne(s) entreprise(s)
PMS	psycho-médico-social (centre)
PPWR	Packaging and Packaging Waste Regulation (Règlement sur les emballages et les déchets d'emballage) (EU)
PSPA	Projet de soins personnalisé anticipé
QI	quotient intellectuel
REP	responsabilité élargie des producteurs
RLM	réseau(x) local(aux) multidisciplinaire(s)
RMG	Risk Management Group (Groupe de gestion des risques)
RTBF	Radio-télévision belge de la Communauté française
SAJ	service(s) d'aide à la jeunesse
Seveso	directive qui impose aux États membres de l'Union européenne d'identifier les sites industriels présentant des risques d'accidents majeurs
SINE	Sociale Inschakelingseconomie (Économie d'insertion sociale) (mesure remplacée par Job Plus dès 2026)
SISD	service(s) intégré(s) des soins à domicile
SPF	Service public fédéral
SPGE	Société publique de gestion de l'eau (SA)
SPW	Service public de Wallonie
SRJ	service(s) résidentiel(s) pour jeunes
SRRE	Schéma régional des ressources en eau
SSM	services/soins de santé mentale
SWDE	Société wallonne des eaux
TDAH	trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
ThiPI	Thérapie institutionnelle et pédagogie individualisée (hôpital de jour)
TRES	territoire(s) de réparation par l'économie sociale
TS	tentative de suicide
UAW	Union des agricultrices wallonnes
ULg	Université de Liège
Unia	Centre interfédéral pour l'égalité des chances
UPPCF	Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones
Wapi	Wallonie picarde