

COMMISSION SPÉCIALE  
CHARGÉE D'EXAMINER LA  
GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE  
COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 12 MARS 2021

Matin

BIJZONDERE COMMISSIE  
BELAST MET HET ONDERZOEK  
NAAR DE AANPAK VAN DE  
COVID-19-EPIDEMIE DOOR  
BELGIË

van

VRIJDAG 12 MAART 2021

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 9.55 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 9 h 55 et présidée par M. Robby De Caluwé.

**Hoorzitting met**

- **Dr. Sofie Crommen, kinderpsychiater;**
- **Dr. Frédérique Van Leuven, psychiater en lid van de *Équipe Mobile de Crise de la Région du Centre*;**
- **Prof. Dr. Vincent Yzerbyt, gewoon hoogleraar sociale psychologie, UCL.**

**Audition du**

- **Dr. Sofie Crommen, pédopsychiatre;**
- **Dr. Frédérique Van Leuven, psychiatre et membre de l'*Équipe Mobile de Crise de la Région du Centre*;**
- **Prof. Dr. Vincent Yzerbyt, professeur ordinaire en psychologie sociale, UCL.**

De **voorzitter**: Collega's, hier bij ons in de zaal verwelkomen wij de heer Coppeters, mevrouw Van Leuven en de heer Yzerbyt. Via Zoom verwelkomen wij ook mevrouw Crommen.

Onze eerste hoorzitting van deze dag zal gaan over geestelijke gezondheid, om het breed te definiëren. Mevrouw Crommen, kinderpsychiater, zal starten.

Alle sprekers hebben vooraf de schriftelijke vragen die zij hadden ontvangen, schriftelijk beantwoord. Ze zijn ook doorgestuurd naar de leden. Dat maakt het ons iets gemakkelijker om efficiënt te werken.

Ik geef nu heel graag het woord aan mevrouw Crommen voor ongeveer vijftien minuten om haar nota toe te lichten of de zaken die zij belangrijk vindt, te benadrukken.

**Sofie Crommen:** Goedemorgen allemaal,

hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik zal me misschien eerst even voorstellen. Ik ben arts, kinder- en jeugdpsychiater en al 12 jaar voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Ik ben tevens lid van de Belgian Pediatric Task Force COVID-19.

Wat de vragen over beleidsmatige aspecten betreft, zou ik het volgende willen zeggen. In het begin van de pandemie werd er totaal geen aandacht besteed aan het mentale en psychosociale welzijn of de psychologische aspecten van de pandemie op de bevolking, in het bijzonder op kinderen en jongeren. De bruuske en verregaande maatregelen medio maart 2020, inclusief de onmiddellijke sluiting van de scholen, creëerde heel wat angst en onzekerheid bij een groot deel van de bevolking en dus ook bij kinderen en jongeren en hun ouders.

Door het sluiten van de scholen werd tevens het signaal gegeven aan leerlingen, leerkrachten en ouders dat scholen in feite een onveilige plaats waren. Latere verduidelijkingen of bijsturingen van die maatregelen hebben zeker niet bij iedereen die angst kunnen wegnemen. Hoewel de medische deskundigen dit in eerste instantie niet aanbevelen, werden de scholen medio maart 2020 toch onmiddellijk volledig gesloten, zonder enig perspectief en zonder duidelijke instructies voor de schooldirecties, CLB's, hogescholen en universiteiten over hoe ze de lessen moesten organiseren zonder fysiek contact. De scholen werden gewoon, zonder meer, gesloten.

Het sluiten van de scholen gedurende verschillende maanden heeft een negatieve impact gehad op het psychische welbevinden van heel wat kinderen en jongeren. Het belang van contactonderwijs voor het psychische welzijn van kinderen en jongeren kan namelijk niet worden overschat. Contactonderwijs geeft kinderen en

jongeren een doel in het leven, een reden om op te staan, en dat veel meer dan onlineonderwijs. Contactonderwijs zorgt ervoor dat je aanwezigheid ertoe doet en geeft structuur en invulling aan je dag. Via contactonderwijs ontmoet je andere kinderen en jongeren, ontwikkel je je op sociaal-emotioneel vlak. De intermenselijke contacten geven je identiteit vorm. Er is gebleken dat vooral de informele contacten tussen kinderen en jongeren erg belangrijk zijn in de preventie van psychische aandoeningen.

Via het contactonderwijs kan je soms een belangrijk deel van de dag ontsnappen aan een moeilijke thuissituatie of een beroep doen op steunfiguren zoals leerkrachten of medeleerlingen. Via het contactonderwijs houdt de leerkracht een oogje in het zeil, houdt de leerkracht ook een oogje op de leerling. Met afstandsonderwijs wordt tekortgedaan aan die belangrijke ontwikkelingsbehoefte van kinderen en jongeren. Afstandsonderwijs werkte ook gewoon niet voor heel wat kinderen en jongeren. Wanneer je thuis geen computer hebt of slechts één computer hebt voor vier kinderen, of wanneer je thuis geen rustige verwarmde ruimte hebt om les te kunnen volgen, wordt het allemaal heel moeilijk.

Eind mei en juni 2020 mochten de leerlingen van bepaalde leerjaren van de lagere en middelbare school opnieuw naar school gaan.

Maar dat was niet verplicht. Dat gaf opnieuw een signaal van onveiligheid. Kinderen uit kwetsbare gezinnen bleken uiteindelijk ook meer thuis te blijven. De keuze laten om naar school te gaan, leidt tot meer onderwijsongelijkheid en bijgevolg ook tot een hoger risico op psychische problemen.

De kinderen en jongeren verloren in dezelfde periode ook hun hobby's, fysieke contacten met vrienden en familie, hun spelmogelijkheden en bewegingsruimte in de publieke ruimte. Speeltuintjes werden bijvoorbeeld gesloten. We weten dat het voor iedereen een harde tijd was en is, maar we moeten ons wel realiseren dat zulke maatregelen dubbel en dik wegen op kinderen en jongeren die nog volop in ontwikkeling zijn.

Bewegingsruimte en spelmogelijkheden buiten zijn voor kinderen en jongeren prioritair. Dat zou zo lang mogelijk gegarandeerd moeten blijven. Het dient geen betoog dat het in juni 2020 opnieuw organiseren van hobby's en zomerkampen een zeer positieve invloed had op het mentale welzijn van kinderen en jongeren, evenals het opnieuw naar school kunnen gaan in september.

Dat middelbare scholieren van de tweede en derde graad in november opnieuw op een deeltijds

regime van contactonderwijs afgewisseld met afstandsonderwijs werden geplaatst en hobby's voor hen onmogelijk werden, zorgde ook voor een sterke terugslag van het mentale welbevinden bij die groep naar het einde van het jaar. Dat geldt zeker ook voor de studenten, wiens hogescholen of universiteiten in oktober 2020 de deur al bijna volledig dichtdeden voor het contactonderwijs.

De sector geestelijke gezondheidszorg werd in die eerste periode niet rechtstreeks of officieel betrokken bij het overleg over de coronamaatregelen en ook niet bij de communicatie over de maatregelen naar de bevolking en de jeugd. Dat is onbegrijpelijk, omdat de aanpak van een pandemie in eerste instantie volledig staat of valt bij het menselijke gedrag, namelijk de regels volgen. Menselijk gedrag is de expertise van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien valt er ook een aanzienlijke impact te verwachten van langdurige maatregelen op het psychisch welbevinden van de bevolking.

Dus aanbevelingen in die kwesties zijn dat de beste preventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren tijdens een pandemie erin bestaat om de scholen open te houden.

Scholen sluiten in de betekenis van contactonderwijs stopzetten, zou werkelijk de allerlaatste maatregel moeten zijn die men bij een pandemie neemt, namelijk pas wanneer alle andere maatregelen uitgeput zijn. Scholen sluiten zou in feite nooit aan de orde mogen zijn. Er moet hoe dan ook een ernstig schools aanbod blijven bestaan voor kinderen en jongeren, ook in zeer moeilijke fases van een pandemie, een ernstig schools aanbod door bijvoorbeeld afstandsonderwijs met leerkrachten en directies, die dan net extra investeren in dagstructuur en in hun rol als steunfiguur voor kinderen en jongeren, als gangmaker voor sociaal contact en verbondenheid. Wanneer fysiek contactonderwijs echt niet meer mogelijk is voor alle leerlingen, dient er voor de kwetsbare leerlingen en de kleuters toch nog steeds in contactonderwijs voorzien te worden. Ook de scholen voor buitengewoon onderwijs zouden open moeten blijven.

De virale golven van een pandemie worden sowieso gevolgd door mentale golven. De overheid moet de mentale golven en de geestelijke gezondheid dus ernstig aanpakken. Die mentale golf kan immers nog zeer lang doorwerken. Werk dus een relanceplan voor de jeugd moeten uit. Werk met de onderwijsinstellingen een plan uit hoe en op welke termijn leerachterstanden kunnen worden weggewerkt. Prioriteer essentiële leerstof. Betrek de sector van de geestelijke gezondheid bij het beleid inzake de coronamaatregelen. Ga voor

een doordachte en gefaseerde opbouw van de maatregelen, die voor de kinderen en jongeren inzichtelijk en begrijpelijk is en op die manier ook perspectief biedt.

Betrek de sector van de geestelijke gezondheid ook bij de communicatie van de coronamaatregelen. Betrek er ook de kinderen en jongeren bij. Richt u in uw algemene communicatie ook tot de kinderen en jongeren. Kinderen kunnen trouwens een zeer goede ambassadeur zijn van de maatregelen. Dat heeft de crisis ons geleerd. Werk met specifieke communicatiekanalen voor kinderen en jongeren, via sociale media, influencers, hacketons enzovoort. Betrek de jeugdleden en de jongerenorganisaties.

Bouw als overheid tijdens een pandemie snel structurele bruggen tussen onderwijs en geestelijke gezondheidszorg om expertisedeling en overleg te ondersteunen. Scholen, hogescholen en universiteiten dienen bij afstandsonderwijs namelijk extra in te zetten op psychosociaal welzijn en verbondenheid tussen leerlingen en studenten om psychische problemen te voorkomen. Kwetsbare scholieren en studenten dienen actief te worden opgespoord en dan dient er een snelle en gepaste reactie te volgen, gaande van een sociaalrelationeel aanbod tot een effectief hulpverleningsaanbod.

Stimuleer en ondersteun studentenverenigingen om actief te blijven en creatieve out of the box-activiteiten voor studenten te blijven organiseren. Studentenverenigingen kunnen een sterke verbindende factor zijn voor studenten, zeker tijdens een pandemie.

Stimuleer gemeenten om in gesprek te gaan met hun kinderen en jongeren en om out of the box-activiteiten te organiseren voor hen, ook wanneer er veel beperkende maatregelen zijn.

Ik zie dat er mij niet zo veel tijd meer rest en ik zal nu nog even terugkomen op de vragen die handelen over de organisatie van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

Voor patiënten, maar ook voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, was medio maart 2020 niet meteen duidelijk wat nog toegelaten was. De communicatie van de overheid was de eerste weken onduidelijk en verwarrend. Raadplegingen bij artsen en psychologen mochten niet meer doorgaan en werden geannuleerd in de verschillende diensten, bijvoorbeeld in de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuizen, de ambulante praktijken, maar ook de huisbezoeken van mobiele teams. Gelukkig zijn

wij zelf quasi onmiddellijk overgeschakeld op online of telefonische consultaties. We voelden immers aan dat we de kinderen en jongeren nu niet in de steek konden laten.

In eerste instantie bestond er geen vergoeding of wettelijk kader voor onlineraadplegingen, want raadplegingen dienden volgens de nomenclatuurwetgeving te gebeuren via persoonlijk contact. Kinderpsychiatrische diensten in ziekenhuizen (K-diensten) moesten hun kinderen en jongeren naar huis sturen. VAPH-voorzieningen, zoals multifunctionele centra en observatie- en behandelcentra, waar zeer veel kinderen en jongeren met chronische psychiatrische problemen verblijven, deden hetzelfde of lieten ouders kiezen tussen hun kind niet meer mogen bezoeken voor een onbepaalde termijn of hun kind mee naar huis nemen om er zelf voor te zorgen.

Ouders werden voor het blok gezet en gezinnen werden enorm belast door deze situaties. Kinderen en jongeren werden in de steek gelaten. In de voorzieningen voor de bijzondere jeugdzorg, waar ook veel kinderen en jongeren met psychische problemen verblijven, was er soms gedurende meer dan twee maanden geen bezoek van de ouders toegelaten. Dat heeft voor heel veel menselijk leed gezorgd.

Ik wil ook hier enkele aanbevelingen meegeven. Laat de verschillende GGZ-diensten, zoals de K-diensten in de ziekenhuizen, CGG's, MFC's, OBC's maar ook voorzieningen voor jeugdhulpverlening, zelf draaiboeken ontwikkelen voor de toekomst. De aandacht voor de continuïteit van de zorg moet hier prioritair zijn. Zo ontstaan er geen breuken in het hulpverleningstraject.

Nieuwe patiënten, crisissituaties of bepaalde kwetsbare gezinnen zijn niet steeds geholpen met online interventies. Er moeten dus fysieke hulpverleningscontacten mogelijk blijven. Er moet ook een nomenclatuur komen voor geneeskundige prestaties die kinderpsychiatrische online-hulpverlening mogelijk maakt, ook na deze pandemie in het kader van *blended care*.

In die draaiboeken moet er ook aandacht zijn voor bezoekregelingen in VAPH-voorzieningen, voorzieningen voor jeugdhulpverlening en K-diensten. Men kan een kind en zijn ouders niet gedurende weken of maanden van elkaar scheiden. Dat is onmenselijk en traumatiserend. Zet dus alles op alles om bezoek in veilige omstandigheden te organiseren, bijvoorbeeld via knuffelpakken, of knuffelschermen, in de buitenlucht enzovoort.

Waardeer de expertise van beleidsartsen of zorgverantwoordelijken met betrekking tot de organisatie van kinderpsychiatrische ziekenhuisafdelingen of VAPH-voorzieningen. Geef hun ook meer tijd. Voorzie in meer zorgpersoneel. Omgaan met besmettingsgevaar in leefgroepen, quarantaines, veranderende maatregelen vragen een bijkomende inzet en tijdsinvestering voor verschillende disciplines.

Laat zorgpersoneel en verantwoordelijke artsen niet opbranden zodat zij goed kunnen blijven zorgen. Zorg voor een performante GGZ-hulpverlening in gewone tijden, na deze pandemie, zodat kinderen en jongeren na een aanvaardbare wachttijd kunnen geholpen worden in huisartsenpraktijken, met eerstelijnspsychologen, in multidisciplinaire ambulante centra, in VAPH-voorzieningen, in ziekenhuizen of door mobiele teams.

Een performante GGZ-hulpverlening in reguliere tijden met voldoende mogelijkheden voor crisishulp en waar sterk geïnvesteerd wordt in preventie en vroegdetectie in de eerste duizend levensdagen, is primordiaal. Alleen dan is er een realistische basis om in tijden van een pandemie een versnelling hoger te kunnen schakelen. Anders blijft men verschrikkelijk hard achter de feiten aanhollen, anders blijft het brandjes blussen en blijven kinderen, jongeren en hun ouders in de kou staan.

Wij zijn dus blij met de bijkomende financiële injectie in de mobiele teams en de eerstelijns psychologische hulp. Wanneer de GGZ voor kinderen en jongeren niet in haar geheel ernstig wordt versterkt, blijft het voor onze jeugd oplapwerk en bricoleren in de marge. Er zijn namelijk ook ernstige investeringen nodig in de ambulante tweedelijnszorg, in de capaciteit van de VAPH-voorzieningen en in de K-diensten met betrekking tot de crisiswerking en de intensifiëring van de zorg.

Actueel is er tevens dringend nood aan medium care pediatrie bedden voor de sterke toename van jongeren met ernstige vormen van anorexia nervosa. In deze bedden zouden deze jongeren in de eerste acute fase terug op een aanvaardbaar gewicht kunnen gebracht worden. In liaison met de kinder- en jeugdpsychiaters zouden ze zo voorbereid kunnen worden op een verdere behandeling.

De GGZ heeft nood aan meer data zodat wij veranderingen in de psychische gezondheid van de bevolking en dus ook van de kinderen en jongeren, beter kunnen monitoren. Bouw daarom een nationaal systeem van uniforme dataregistratie uit voor de geestelijke

gezondheidszorg, bij voorkeur binnen de bestaande dataplatformen.

De geestelijke gezondheidszorg is een inherent deel van de totale gezondheidszorg. Maak als overheid dus geen onderscheid tussen lichaam en geest.

Ten slotte nog een kort en bondig advies: één geestelijke gezondheidszorg, één minister.

**De voorzitter:** Dank mevrouw Crommen voor uw interessante toelichting. De leden hebben uw nota gisteren gekregen, want u heeft niet alles kunnen toelichten wat u van plan was. Maar zo kunnen zij nog een en ander nalezen.

**Frédérique Van Leuven:** Monsieur le président, merci de m'avoir invitée et de me donner la parole. Je trouve que c'est une excellente chose que les parlementaires puissent convoquer des personnes de terrain, c'est peut-être ce qui a manqué tout au long de cette crise.

Je vais d'abord vous dire d'où je vous parle. Je suis psychiatre. Je travaille en équipe mobile de crise dans la région du Centre, du côté de La Louvière. C'est une zone de 300 000 habitants, zone dans laquelle nous allons au domicile des personnes dans les situations de crise. Nous essayons de mettre en place un dispositif de soins autour de ces personnes qui souvent n'ont pas accès aux soins. Je suis psychiatre au centre psychiatrique Saint Bernard, qui est un gros hôpital psychiatrique, où je suis responsable de l'hôpital de jour et où j'effectue les gardes qui sont l'accueil des personnes qui sont mises en observation, sous le régime de la protection de la personne.

Très précisément, depuis le début de la pandémie, je n'ai jamais arrêté de travailler puisque les équipes mobiles ont continué leur travail sur le terrain depuis le début, que l'hôpital de jour a continué à recevoir de 8 à 18 personnes tous les jours et que les gardes se sont poursuivies.

Par ailleurs, je suis membre du groupe de travail du Conseil supérieur de la Santé sur les conséquences psychosociales du covid, avec notamment Elke Van Hoof. J'y suis arrivée car j'ai été sollicitée dans la première partie de la crise dans le sous-groupe santé mentale du GEES, qui était dirigé par Céline Nieuwenhuys et Erika Vlieghe, groupe qui malheureusement a arrêté de travailler assez vite. J'y reviendrai. Je suis toujours dans le groupe du Conseil supérieur de la Santé sur les conséquences psychosociales du covid.

Au cours de mon expérience précédente, dans ma

première partie de vie, j'étais pédopsychiatre à Bruxelles et c'est à ce titre, puisque je connais les réseaux bruxellois et wallon – enfants, adultes, ambulatoire, hospitalier –, que j'ai été pressentie comme personne du terrain.

Nous avons reçu des parlementaires environ 75 questions auxquelles j'ai essayé de répondre dans la totalité. Nous n'étions pas prévenus qu'il y avait une introduction d'un quart d'heure, je suis donc un peu dans l'improvisation. J'ai essayé de regrouper les différentes questions que vous nous avez adressées.

Ces questions portent sur plusieurs thèmes. Il y a un thème sur lequel il faut absolument revenir, c'est celui de la définition de la santé mentale. Le deuxième, c'est la situation de la santé mentale avant la crise du covid. La troisième question porte sur les mesures et la communication du gouvernement et les rapports entre experts, politiques, etc. La quatrième concerne les effets de la santé mentale sur la population et sur le terrain. La cinquième a trait aux recommandations à mettre en place. Je vais essayer d'y arriver.

Pour la santé mentale, vous revenez, parlementaires, sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé qui dit que c'est "un état de parfait bien-être psychique, physique et social". J'ajouterais que c'est aussi défini comme "la capacité à participer à la société, à être rentable pour la société". C'est évidemment une définition qui est mise à mal par une situation de crise. Comment pourrait-on être en état de bien-être psychique dans une situation de catastrophe qui touche tout un pays et le monde entier? Par définition, la santé mentale va être atteinte mais quand on travaille dans le champ de la santé mentale, on sait très bien que la santé mentale est un continuum qui va depuis la situation de mal-être psychologique jusqu'à des situations qu'on peut retrouver en psychiatrie, des situations pathologiques psychiatriques graves. Entre tout cela, il y a tout un continuum.

Une question que je trouve intéressante a été posée par l'un d'entre vous. Comment la souffrance psychique se fabrique-t-elle pendant l'enfance? C'est une des dimensions que la première intervenante a déjà mise en évidence. En effet, toutes les situations de maltraitance, de carence affective, de placement sont évidemment des situations qui sont les plus à même de fabriquer les problématiques mentales les plus graves. La dimension préventive et l'articulation des pouvoirs sont centrales dans les recommandations. La santé mentale, c'est tout ce continuum qui va depuis les troubles psychiques jusqu'aux pathologies graves et qui couvre aussi

bien l'ambulatoire, l'hospitalier, que le préventif, etc.

Où en était la situation de la santé mentale avant la crise du covid? Vous savez, et beaucoup d'entre vous l'ont relevé, que les services de santé mentale étaient déjà saturés avant la crise du covid. Les services de santé mentale, c'est vraiment l'ancrage de soins en santé mentale dans la communauté. Ce sont des structures de quartier, de proximité, financièrement accessibles. Malheureusement, l'équipement en personnel des services de santé mentale n'a pas augmenté malgré l'augmentation des demandes en santé mentale, ce qui fait qu'il y a des carences chroniques de personnel avec en plus, comme pour les médecins, des exigences administratives en plus qui sont vraiment preneuses de temps. Il faut savoir aussi que, quand on promet des soins dans la communauté, ce sont des soins parfois très longs.

Une des réponses consiste à suggérer l'organisation de prises en charge plus courtes dans les services de santé mentale. Toutefois, si l'on veut faire vivre en ville une personne schizophrène ou bipolaire, ce sont des soins longs et à vie qui sont requis et qui réclament aussi l'intervention de psychiatres. Il faut le dire. Or, il est devenu de plus en plus difficile d'en trouver pour travailler dans les services de santé mentale, en raison des effets du *numerus clausus*. Il est donc devenu très difficile d'en recruter, alors que cette profession est véritablement indispensable dans les services de santé mentale.

Pour les hôpitaux psychiatriques, je constate sur le terrain que les effets du vieillissement du personnel soignant se font sentir, que les malades ont besoin d'une plus grande professionnalisation et que nous manquons de personnel qualifié. Même si la prise en charge reste encore d'une très haute qualité en comparaison de ce que l'on peut voir en France, je crains néanmoins qu'en laissant évoluer les choses de la sorte, nous ne débouchions sur des situations de retour à l'asile. C'est ce à quoi nous assistons en France, à travers les violences commises en hôpital psychiatrique. Je pense que vous avez dû y être sensibilisés. Par conséquent, il convient d'y prêter attention.

Un des signaux est, par exemple, qu'on a introduit dans mon hôpital une demande de caméras de surveillance, au motif qu'après 20 h 00, il n'y a plus qu'un seul gardien dans une unité de défense sociale. Pour moi, quand on commence à réclamer une caméra pour remplacer du personnel, cela représente un signal d'alarme important.

S'agissant des équipes mobiles, il faut savoir que nous couvrons 300 000 habitants et que, tôt ou

tard, ce sera trop peu. Nous connaissons aussi des problèmes de relais. Comme notre mission consiste aussi à en mettre en place après la crise, si les services de santé mentale sont engorgés, nous ne trouvons plus ces relais. Voici donc déjà l'une de nos recommandations: il faut renforcer la santé mentale à tous les niveaux.

Pour votre troisième question, qui concerne les mesures gouvernementales et la communication, je laisserai M. Yzerbyt insister sur les aspects de communication, mais je tiens à indiquer que toute notre profession a été catastrophée devant le manque d'anticipation gouvernementale d'une pandémie. En effet, et c'est à cela que servent aussi les impôts, le rôle d'un gouvernement est d'anticiper les catastrophes. La saga des masques, la communication à leur sujet, la présente saga des vaccins et les problèmes dans la mise en place du dépistage sont catastrophiques et montrent à quel point l'organisation est quelque chose de difficile pour le gouvernement – sans compter la minimisation initiale de la pandémie.

On sait que la minimisation, c'est récurrent dans l'histoire, quand il y a une épidémie. Mais au 21<sup>e</sup> siècle, c'est quand même problématique. Au niveau des mesures mises en place, j'ai été interpellée par le fait que les mesures pour les personnes précaires ont été mises en place très tardivement. Ce n'est qu'en juin qu'elles l'ont été. Quand on sait que des personnes qui dépendent du CPAS ont cinquante euros de supplément par mois, puisqu'on a estimé qu'il ne fallait pas leur donner toute la somme entièrement, c'est vraiment un camouflet pour les personnes pauvres. Or, il faut savoir qu'en santé mentale, la précarité, la pauvreté, avec tout le stress que cela engendre, la difficulté d'accès aux soins, les problèmes de stigmatisation, c'est une des causes principales des troubles de santé mentale. J'ai parlé des enfants maltraités, carencés pendant l'enfance mais à l'âge adulte, la précarité est vraiment une source principale de troubles et là, par rapport aux mesures, on est quand même intervenu fort tard.

Je pense qu'il n'y a pas, comme le disait un parlementaire, de conflit entre les sciences exactes et les sciences humaines. Je pense qu'il y a surtout un conflit entre experts et politiques, avec, je vais peut-être caricaturer un peu mais c'est quelque chose qui m'est revenu à plusieurs reprises, des experts qui pensent à l'intérêt de la population, qui pensent à l'intérêt des personnes, et qui se sont régulièrement trouvés confrontés à des politiques qui faisaient plutôt allusion à des questions économiques, qui tiennent aussi à des lobbies. C'est insupportable quand on est expert de penser à des personnes qui sont dans la précarité, qui n'ont plus rien à manger, et de s'entendre répondre

"Oui, mais est-ce que Francorchamps va pouvoir avoir lieu?" "Oui mais est-ce qu'on pourra rouvrir les parcs d'attraction?", ce qui concerne quand même très peu de personnes. Je pense que cela a été un problème.

Au niveau de la communication, je dirais que ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et que pour moi, le problème remontait en deçà des problèmes de communication, à savoir la clarté des prises de décisions et la transparence entre ce que disaient les experts... Je vous rappelle qu'il n'y avait pas de PV du GEES, me semble-t-il, et du Ceval non plus au niveau des experts. D'où vient le rapport? Les experts ne s'y retrouvaient pas. Donc manque de transparence et donc, je pense manque de clarté sur la façon dont les décisions se prennent.

Une des difficultés est aussi le rapport aux médecins. Je ne sais pas si c'est typique à la Belgique, mais je sais qu'en Allemagne, par exemple, un des facteurs qui ont permis à la pandémie d'être mieux prise en charge, c'est le rôle central des médecins généralistes. Or ici, depuis le départ, il y a un problème majeur de manque d'écoute, de tension avec les médecins. On l'a bien vu au début avec Maggie De Block et ses *drama queens* quand les médecins tentaient d'alerter la population. On le voit encore maintenant au niveau du rôle des médecins généralistes dans les vaccins. C'est une vraie catastrophe parce que qui mieux que les médecins peuvent identifier des personnes à risques? Qui mieux qu'un médecin peut suivre les effets secondaires qui font tellement peur? Etc.

Un an plus tard, on est toujours dans un problème de reconnaissance et de manque de place donnée aux généralistes. Plus globalement, toutes les mesures, me semble-t-il, ont été prises de haut en bas. Certaines règles générales ne sont pas adaptées aux situations particulières, ne sont pas adaptées à la situation dans les quartiers pauvres par exemple, ne sont pas adaptées aux situations dans les institutions.

Je peux vous donner un petit exemple de mesures qui ont été prises très rapidement dans une pouponnière à Bruxelles. Les pouponnières accueillent des enfants placés de 0 à 3 ans. Très vite, la direction s'est rendu compte que s'il y avait confinement et qu'il y avait épidémie auprès du personnel, les bébés ne seraient plus soignés. On pourrait peut-être juste avoir deux ou trois personnes qui allaient donner un biberon en tournant toute la journée entre 60 enfants. C'était impossible. Donc, la direction a trouvé une situation d'urgence qui était de demander aux puéricultrices de prendre les enfants chez elles. Il y a donc un travail qui a été fait pour préparer cela,

sensibiliser les familles, demander l'accord des familles, etc. Les familles étaient prenantes. Elles ne voulaient pas que les enfants soient laissés à l'abandon de deux ou trois professionnels dans une pouponnière. Cette institution s'est heurtée à la direction de l'Aide à la jeunesse, qui les a gravement menacés.

C'est un des exemples de l'éclatement des pouvoirs et de la façon dont des structures peuvent être dépendantes de niveaux de pouvoir contradictoire. Les pouponnières relèvent de l'ONE. Les professionnels ont été au-delà des menaces et les enfants ont été bien pris en charge. Dès qu'il y a eu déconfinement, ils sont retournés à la pouponnière. Les contacts avec les parents ont été maintenus, parfois plus qu'avant. Le bilan a donc été positif, mais il a fallu, pour cela, une désobéissance. Cela montre bien à quel point, quand on applique des règles générales sans tenir compte des situations particulières, cela ne va pas.

Concernant les effets de la pandémie sur la santé mentale, je vous invite à lire le rapport du Conseil supérieur de la santé. Nous avons organisé, le 22 mars, un webinaire sur cette question. De mon point de vue sur le terrain, je peux dire que pendant la première vague, l'absence de la première ligne a été totalement catastrophique. On a eu l'arrêt des visites des généralistes à domicile et surtout, l'arrêt du présentiel pour des structures de première ligne essentielles (mutuelles, CPAS, etc.).

Pour une population précaire en particulier, l'arrêt du présentiel représente l'arrêt tout court des prises en charge. Il y a eu l'arrêt de l'Aide à la jeunesse. Comme l'a souligné la première intervenante, des enfants ont été enfermés avec leurs bourreaux sans pouvoir faire appel à l'Aide à la jeunesse, qui ne travaillait pas en présentiel. On a vu des situations catastrophiques. Pour ma part, j'ai vu des enfants avec des parents en détresse psychiatrique. Pour le dire franchement, j'ai moi-même été sur place dans une situation où un jeune enfant était seul avec une maman dans le coma après une tentative de suicide.

Ce sont des situations pour lesquelles il n'y a pas moyen de faire appel. Il faut bricoler avec ce que l'on trouve sur place. Cette absence de première ligne a mené, durant la première phase, à des mises en observation abusives. Je pense à une dame de 84 ans, par exemple, qui a des problèmes cardiaques, pulmonaires, un diabète, un tout début de démence, qui reçoit une visite par jour que ce soit de son généraliste, de son infirmière, de sa famille (etc.) et d'un jour à l'autre cette dame ne reçoit plus que la visite de son infirmière et qui de plus est nouvelle.

Elle passe donc sa vie devant la télévision. Elle commence à délirer et pense que la Vierge lui dit comment sauver le monde du covid. L'infirmière affolée devant ce délire appelle le généraliste au téléphone qui dit de l'envoyer aux urgences. Comme aux urgences, madame délire en effet avec son histoire de Vierge et dit qu'elle ne veut plus prendre ses médicaments, en conséquence on prend des mesures de mise en observation. Cette dame m'arrive un vendredi soir à 22 heures dans une unité de trente patients plutôt jeunes en moyenne. Imaginez le risque pour une dame de son âge! J'ai passé le week-end à essayer de bricoler de la première ligne pour qu'elle puisse sortir. Elle est sortie en trois jours. Ce qui est particulier, c'est que l'on voit bien à quel point la santé mentale doit être préservée pour ne pas donner lieu à des mises en observation abusives: cette dame arrive en psychiatrie et est mise en observation, c'est la situation la plus grave que vous puissiez trouver en santé mentale.

Cette situation tient notamment au fait de l'arrêt des aide-ménagères. Les dames qui faisaient le ménage chez elle trois fois par semaine ont arrêté de travailler pour la plupart pendant plusieurs mois. J'en ai eu des dizaines de situation comme celle-là. Je peux aussi vous parler d'une dame mise en observation parce qu'on avait diagnostiqué un cancer à son mari qui ne pouvait être opéré que quatre mois plus tard. L'angoisse était majeure dans la maison. Le facteur important est que la santé mentale tient aussi à toute une série d'acteurs de proximité (par exemple, les aide-ménagères). Cela invite à penser à adapter les règles et les interdictions à des situations particulières et à équiper des secteurs qui peuvent sembler aussi modestes que ceux-là et qui sont pourtant essentiels.

Une autre expérience que j'ai vécue pendant toute cette crise, c'est de constater à quel point l'hôpital de jour dans lequel je travaille a maintenu en bonne santé mentale des personnes ayant de grosses pathologies psychiatriques. C'est un paradoxe. Elles sont malades psychiatriques mais cela les a aidées de venir tous les jours, de participer à des activités communes; on a fabriqué des centaines de masques à l'hôpital de jour; les hôpitaux psychiatriques, dont le mien, n'ont effectivement reçu aucun masque conforme jusqu'à ce qu'ils soient commercialisés. Cette expérience communautaire a maintenu mes patients dans le contact, les a maintenus actifs. J'ai eu très peu de décompensations dans mon hôpital. Cela montre bien que la réunion de petits groupes (nos locaux permettent de 8 à 18 personnes), aurait pu être appliquée dans le secteur culturel, de l'éducation permanente, l'associatif.

Par ailleurs, on a assimilé la culture à l'événementiel. On a pensé concerts, grands groupes, etc. alors que c'était l'occasion de poursuivre un maillage de petites choses, de petits groupes, de multiples petites structures qui dans la ville, auraient dû pouvoir poursuivre leurs activités. Vous savez qu'un des grands effets de cette crise, c'est la violence dans les familles. En équipe mobile, on a été souvent interpellé par ces violences, non seulement des parents sur les enfants mais aussi des enfants sur des personnes âgées.

J'en arrive à mes recommandations. La santé mentale est directement proportionnelle au travail sur les inégalités sociales. Ce sont les problèmes sociaux qui sont les premières causes de problèmes de santé mentale. Ainsi, à la suite de la crise de 2008, on n'a toujours pas résolu actuellement les répercussions de la crise de 2008. Les problématiques de santé mentale ont augmenté et on n'est toujours pas revenu au seuil antérieur. Les suites de cette crise-ci dépendront très largement des mesures sociales que le gouvernement mettra en place et que les psys ne pourront pas résoudre.

Dans les mesures sociales, je soulève deux aspects. Comme vous le savez, 20 % de la population qui devrait travailler est en invalidité. C'est énorme. On a passé récemment le cap des 500 000 personnes. C'est une bonne question posée par un parlementaire: la question de la stigmatisation. On sait à quel point les personnes en dépression sont stigmatisées dans les entreprises. Il faut vraiment travailler sur l'inclusion. La santé mentale, c'est aussi l'inclusion sociale.

Il faut pouvoir travailler sur cette dimension de la manière dont des personnes qui ne vont pas bien peuvent malgré tout rester incluses dans le monde du travail, sans être soumises aux mêmes contraintes qu'une personne qui va bien.

Un autre aspect des mesures sociales, je tiens à le souligner, c'est la reconnaissance des proches aidants. Vous n'imaginez pas le nombre de familles qui ont dû garder chez elles, pendant des mois et des mois, des enfants très handicapés, avec des gros problèmes de comportement, et qui ne se rendaient plus dans les centres de jour. Ce rôle des proches, même s'il est parfois symboliquement reconnu, n'est en tout cas pas matériellement reconnu. Je pense que là aussi, l'inclusion dans une société – on parlait du travail - passe aussi par la reconnaissance de ce travail-là et de cet apport-là à la société.

Deuxièmement, l'éclatement des pouvoirs au niveau de la santé mentale fait justement qu'on ne pense plus nulle part. Nulle part, il n'y a un lieu où on réfléchit à ce qu'est un plan de santé mentale

dans un pays. Que veut-on? Qu'est-ce comme dispositif, comme paysage, comme structures? Comment les articule-t-on les unes aux autres etc.? Notamment, comment met-on la famille au centre d'une politique de santé mentale? Vous savez qu'elle est très éclatée. Il y a les enfants, les ados, les adultes, les toxicomanes, les personnes âgées. Toutes ces personnes-là vivent à un moment ou à un autre dans des familles.

Une question qui me tient particulièrement à cœur est celle des enfants de patients qui ont des problèmes psychiatriques. Parmi mes patients, 70 % des patients ont des enfants. Ce n'est pas une population particulièrement à risques, mais c'est une population qui a des besoins particuliers parce que les parents sont hospitalisés et parce qu'ils sont face à des situations qu'ils ne comprennent pas toujours, parce qu'ils sont soumis à des séparations avec un parent qui sont parfois longues etc.

Comment pense-t-on toute une santé mentale? Qu'est-ce qu'on veut dans ce pays? Outre le fait qu'il faut la renforcer à tous les niveaux, et au niveau préventif – c'est essentiel - qu'il faut aussi, et là je rejoins la première intervenante, absolument travailler sur le recueil des données, parce que les taux de suicide, on les connaît deux an plus tard. Les données de tentatives de suicide dans les hôpitaux, dans les services d'urgence, on n'y a tout simplement pas accès. C'est une catastrophe à ce niveau-là. Un plan de santé mentale est un plan qui inclut tous ces aspects-là. Que finance-t-on? Et d'abord qu'est-ce que la santé mentale? Comment la pense-t-on pour un pays? Comment la finance-t-on? Comment la structure-t-on? Comment recueille-t-on les données? Comment fait-on de la prévention? C'est un projet considérable, je suis d'accord avec vous, mais dans la situation actuelle, avec cet éclatement des compétences, on court à la catastrophe, parce que nulle part, on ne peut plus penser la globalité.

La troisième recommandation que je ferais c'est d'impliquer les citoyens et je dirais y compris les citoyens professionnels. Cette crise a été fort en *top-down*.

Il est plus que temps, un an plus tard - et c'est déjà extrêmement tard - de donner la parole aux gens. Il ne suffit pas que des présidents de parti prennent la parole. La population est globalement obéissante. Elle sait ce qu'est l'intérêt commun. J'ai parfois l'impression que la population sait presque plus que les dirigeants ce qu'est l'intérêt commun! La population est capable de se sacrifier pour cela.

Mais on est dans un paradoxe, parce que vous, politiciens, vous n'arrêtez pas de promouvoir un

discours, que ce soit dans le champ du travail ou de la santé, de responsabilisation: "Prenez-vous en charge! Allez demander des soins! Essayez de trouver des solutions pour vous! Soyez créatifs! Le patient au centre des soins!" On entend cela tout le temps. Responsabilisation des travailleurs qui sont demandeurs d'emploi. Et à l'inverse, depuis le début de cette crise, il y a un sentiment de la population et des jeunes en particulier, d'infantilisation, ce qui est chez les jeunes, une grosse problématique, de manque de remontée des données du terrain, de manque d'adaptation aux situations particulières, comme je l'ai dit.

L'éducation permanente est un des lieux, (mutuelles, syndicats) qui permettent de remonter la parole des gens de la base. Il est plus que temps de repenser en *bottom-up* plutôt qu'en *top-down* pour la suite de la prise en charge de cette pandémie. Je vous remercie de m'avoir donné la parole.

**Vincent Yzerbyt:** Je suis très heureux de pouvoir me joindre à mes collègues pour souligner une série de constats concernant la santé mentale. J'aimerais parler de ma situation et d'où je viens, comme vient de le faire Mme Van Leuven. Je suis professeur de psychologie sociale à l'UCLouvain. Mes intérêts de recherche concernent plus particulièrement les questions de relations intergroupes et de discriminations, avec une attention pour les questions de normes sociales, d'attitudes, d'émotions sociales et des stéréotypes.

En tant que psychologue social, j'ai très rapidement pu, dans le contexte de cette pandémie, participer à une série d'initiatives car en tant que chercheur et académique, on peut se trouver un peu loin de ce que Mme Van Leuven et ma collègue Mme Crommen connaissent sans doute bien mieux que moi: le terrain. Néanmoins, il a semblé à de nombreux collègues de ma discipline dans l'ensemble du pays que nous pouvions apporter notre contribution. Nous avons donc très rapidement initié des concertations pour essayer de constituer, dès le début de la crise, des groupes visant à apporter nos expertises à toute une série de personnes que nous pouvions contacter. Il est vrai que nous n'avons pas été appelés de façon expresse, mais nous avons fait des démarches proactives pour nous manifester, notamment auprès du Centre de crise. En effet, il nous semblait que la communication, au tout début de la crise, était une chose tout à fait essentielle. De ce point de vue, la psychologie sociale pouvait infléchir la communication qui devait sans doute intégrer un certain nombre de points.

Dès le début, nous avons donc fourni une série de recommandations. Le fait que nous ne soyons pas

directement interpellés nous a un peu catastrophés au tout début. En effet, c'est une crise médicale qui touche la santé physique de la population, mais c'est aussi une crise au niveau de la santé mentale. Il nous paraissait tout à fait évident qu'une des clés essentielles pour affronter cette situation résidait dans le comportement humain. La manière dont les individus, les citoyens, les groupes, les enseignants, les travailleurs... bref, tout ce qui fait le tissu de notre société, allaient pouvoir se comporter face à cette situation. Pour cela, il nous est apparu surprenant dans un premier temps qu'il n'y ait pas plus d'appels faits au monde de la recherche et du savoir en matières sociale et humaine.

Nous avons eu l'occasion de fournir des recommandations. Je pourrai y revenir, dans un instant. Nous avons aussi été très vite sensibilisés à une initiative de l'université de Gand. Un collègue, Maarten Vansteenkiste, a lancé un baromètre de la motivation. Nous avons assez rapidement rejoint cette initiative avec une série d'objectifs qui me paraissaient extrêmement importants et qui rejoignaient ce que nous avons initié dans le groupe de psychologie sociale, à savoir nous adresser à la population pour essayer de maximiser la résilience de cette dernière. Il s'agissait de voir comment, au sein de la population, mobiliser une série de ressources. En effet, du point de vue de ma discipline, quoi qu'on en pense, les situations de crise ne sont pas nécessairement négatives. Ce sont des situations qui peuvent amener toute une série de bénéfices, notamment au niveau de la mobilisation collective. Nous avons très vite compris – me semble-t-il – qu'il fallait insister sur les ressources propres à la population et, en particulier, les aspects motivationnels et sociaux. Comment la population pouvait-elle adhérer à toute une série de mesures, faire siennes des propositions de gestes de protection, d'organisation de la vie en commun, face à la pandémie?

À côté de l'objectif de la prise en main, par la population, de toute une série de mesures et de l'adoption de ces mesures dans toutes les sphères de la population, nous avons aussi essayé de travailler avec la conviction que la santé mentale n'était pas seulement un aspect qu'on attend de voir se détériorer en espérant que, derrière, il y aura des services de soins de santé mentale avec toute une série d'acteurs de terrain qui, au demeurant, travaillent dans les conditions qui viennent d'être rappelées et qui peuvent, peut-être, être aidés un tant soit peu. On peut limiter les risques si on prend le soin de prévenir les situations.

Nous avons donc voulu travailler à une série de

recommandations pour une communication qui épaula les autorités et les médias. En effet, je tiens à insister sur le rôle important des médias qui n'est pas toujours bien cerné, que ce soit pour pouvoir tabler sur des leviers positifs, mais aussi pour minimiser certaines conséquences négatives.

Nous avons, à nouveau, été extrêmement surpris un long moment de ne pas être réellement interpellés par les autorités pour les propositions que nous pouvions faire. Mais après un certain nombre de mois, le GEMS a intégré un des membres du groupe d'experts Psychologie et Corona. Cela a alors été l'occasion de relayer plus facilement, vers ce groupe, des propositions que nous faisons.

Au niveau de la prise d'information, le groupe psychologie corona a essayé de voir comment, au sein de la population, on réagissait à la pandémie. Je peux vous dire que nous avons recueilli à ce jour près de 160 000 réponses à des enquêtes du côté néerlandophone et plus de 20 000 du côté francophone – parce que les enquêtes y ont été entamées plus tard. Nous avons un baromètre qui suit jour après jour, depuis 343 jours, l'état mental, oserais-je dire, de la population en sondant une série d'aspects: la perception de risques, la confiance, l'anxiété, l'adhésion aux mesures ou encore la motivation en matière de vaccination. Toutes ces données sont recueillies pour essayer de suivre la situation. Cela nous permet de voir notamment comment la communication présente un certain nombre de défauts ou de lacunes par rapport à ce qui est attendu et de mieux cerner ce qui pourrait advenir si les choses étaient somme toute un tout petit peu mieux faites.

Au niveau de ce baromètre, nous avons travaillé de façon intéressante à mettre en exergue l'importance de la motivation pour l'adoption des mesures. Ainsi, il faut savoir que les mesures sanitaires sont d'autant mieux suivies que la population est effectivement motivée et comprend dans quel contexte elle évolue. La communication gouvernementale à cet égard est très importante, j'y reviendrai. On a aussi pu montrer que la motivation a des répercussions immédiates – c'est quelque chose qu'on pourrait qualifier de strictement psychologique – sur la situation épidémiologique. C'est-à-dire que si vous avez une motivation qui descend de façon drastique à certains moments clés – et on a pu identifier des moments au cours desquels la motivation s'est détériorée très nettement –, quelques semaines plus tard, on voit la situation épidémiologique se détériorer.

Je m'empresse de dire que ce qui nous frappe, c'est que ces indicateurs psychologiques

permettent de donner à voir des détériorations sur le plan épidémiologique quelque six à huit semaines avant que la situation épidémiologique ne se détériore véritablement. Cela donne donc une fenêtre de prévision qui n'est pas mince pour essayer d'améliorer les choses, surtout en matière de guidance et de communication.

La communication qui a été examinée, elle est importante à jauger tant au moment des assouplissements qu'au moment des resserrements de la politique de communication.

Toute une série de phénomènes tout à fait intéressants ont été observés, qui nous laissent à penser qu'assouplir ou resserrer la vis n'est pas nécessairement accompagné, pour l'assouplissement, d'une augmentation de la satisfaction en matière de santé mentale ou en matière de motivation; ou d'une diminution de ces aspects au moment du resserrement de la vis.

Il y a vraiment des éléments communicationnels qui ont été omis de façon importante à chaque fois que l'on a ou bien resserré la vis ou bien assoupli, et qui ont possiblement détérioré la situation.

En réalité, il ne suffit pas du tout, au niveau de la communication, comme ce que nous avons pu observer fréquemment, de faire appel à une simple responsabilisation qui serait scandée par les communicants ou par les intervenants politiques. Il faut évidemment faire appel à cela; il faut évidemment mobiliser le bon sens des citoyens; mais il faut faire beaucoup plus que cela.

Ce qui nous a paru manquer de façon cruelle dans la communication au cours de cette pandémie, c'est le fait qu'outre une présentation claire, transparente de la situation épidémiologique, outre une explication de la nature des mesures qu'il convenait de prendre, il y a un style communicationnel qu'il faut adopter. Il s'agit en particulier de faire état des balises que l'on met en place et qui doivent permettre d'agir collectivement face à la pandémie, des balises qui sont présentées à la population d'une façon claire, cohérente et consistante.

A cet égard, on peut dire que la communication gouvernementale a souvent été défailante. Tantôt, elle était incohérente: les mesures étaient véritablement très compliquées à concilier. En outre, on changeait de mesures rapidement. Nous avons aussi eu affaire à des difficultés de se procurer du matériel, ce qui permettait difficilement de promouvoir des mesures qu'on voulait probablement avancer. On pouvait difficilement demander aux gens de porter un masque quand il

n'y avait pas de masques.

La communication devient très compliquée à suivre pour la population. Il y a donc une nécessité de cohérence; il y a une nécessité de clarté et de présentation nette des choses qui est attendue de la population. Et puis, il y a une consistance à assurer dans le temps. Aujourd'hui, il est difficile de considérer que la communication qui a été faite à la population a permis d'avoir une vision consistante, à travers les différents événements, de ce que nous devons faire, en tant que population, pour affronter la crise.

Un exemple très concret est que nous avons toujours pêché par l'utilisation de dates plutôt que de critères. Il aurait fallu annoncer des objectifs très clairs sur des critères de situation épidémiologique; on peut discuter de ces critères, je ne suis pas virologue et donc pas en mesure de les déterminer. Ce que je sais par contre, c'est que si on les détermine à un certain moment et qu'on en change ou qu'on ne les mobilise plus de manière très claire au fil du processus communicationnel, la population est perdue et se rabat sur des choses qui peuvent prendre un tour très négatif. Elle attend alors des dates avec des certitudes. Il est alors très difficile pour les décideurs de faire marche arrière quand des critères satisfaisants du point de vue des experts n'ont pas été atteints. En effet, les experts sont tenus de se garder de lâcher la bride au moment où les critères ne sont pas rencontrés. Quand la population attend des dates précises, c'est évidemment très compliqué.

Nous avons essayé de suivre l'évolution de ces communications et avons tenté, du mieux que nous pouvions, de formuler des recommandations aux décideurs et aux médias. Du côté des médias, nous avons été très actifs pour tenter, là aussi, d'appuyer sur les points positifs en matière communicationnelle. Il est certain qu'un certain nombre de citoyens ont failli en matière de respect des mesures. Il est certain que des comités de pêcheurs se sont réunis dans de mauvaises conditions sanitaires, on a constaté des débordements parfois parmi les étudiants. Mais il est très difficile de convaincre une population d'adopter des mesures et de respecter les recommandations alors que les médias mettent en exergue jour après jour des comportements qui ne sont pas recommandés. Ces comportements sont le fait d'une minorité mais en termes de norme sociale, il est très compliqué de maintenir la barre si vous avez des présentations aussi récurrentes de comportements non conformes aux prescriptions sanitaires.

L'un de nos fers de lance a été d'essayer d'alerter les communicants, les médias en particulier, aux

dangers de ce genre de communication. Cela peut paraître anodin mais je peux vous assurer que les recherches en la matière montrent que l'impact est énorme sur la manière dont une population peut réagir en situation difficile.

Je ne m'attarderai pas plus sur les actions que le groupe "psychologie et corona" a pu mener. Ce qui me paraît important, c'est que j'ai tenté de répondre du mieux que je pouvais aux différentes questions relatives à la santé mentale et qui se trouvaient parfois très éloignées de mes sphères de compétence, car je ne suis pas quelqu'un qui travaille sur le terrain. En tout cas, je tiens à souligner que, pour l'essentiel, au vu de toutes les personnes que j'ai pu rencontrer au cours de cette crise ainsi que de tous les témoignages que j'ai pu recueillir, je rejoins vraiment Mme Van Leuven dans tous les constats qu'elle vient d'énoncer.

Il est clair que la santé mentale a été fortement mise à mal en début de pandémie par l'arrêt net de toutes les interventions de proximité auprès des personnes précaires, y compris sur le plan de leur santé mentale. Je pense aussi à celles qui se sont retrouvées démunies par l'absence d'interlocuteurs et qui ont donc pu sombrer plus facilement dans des difficultés, celles-ci induisant ensuite une vague importante de demandes auprès des intervenants en santé mentale.

Comme elle, je n'ai pas non plus le sentiment que les experts virologues et épidémiologistes aient voulu négliger la dimension humaine et sociale. Cet oubli fut plus formellement caractérisé par la faible inclusion des sciences humaines et sociales dans les groupes de conseils. En revanche, il me paraît clair que cette dimension a été bien trop négligée par les responsables politiques. Je vais vous donner un exemple. La manière dont les décisions ont été prises lors du dernier assouplissement - nous pourrions revenir sur celle, par exemple, qui concernait les coiffeurs - a constitué une véritable catastrophe pour la motivation de la population. En effet, face à ce genre d'assouplissement, sans doute le résultat d'un compromis politique, la population ne parvient plus à comprendre. Elle s'interroge sur le fait de savoir comment et pourquoi telle ou telle mesure va privilégier tel ou tel sous-groupe - parce qu'il s'agit bien d'un privilège ressenti comme tel par les autres secteurs.

Avec mes collègues, nous n'avons eu de cesse de travailler dans la communication en vue de surmonter les clivages et d'empêcher que les gens ne voient des intérêts particuliers prévaloir sur des intérêts collectifs. Bien sûr, nous avons tous des intérêts particuliers, mais ils ne sont jamais présentés dans la communication comme étant

interdépendants. J'entends par là que, lorsqu'on accorde quelque chose à un groupe, il est possible de montrer que cela peut bénéficier à un autre. De façon importante, il faut que ce dernier le comprenne. Sinon, il lit uniquement l'avantage dispensé au premier comme étant une perte pour lui-même.

Il faut donc cesser de présenter les choses, en matière communicationnelle, comme étant des jeux à somme nulle, pour parler en termes de psychologie. Ce ne sont pas nécessairement des jeux à somme nulle. Toutes les personnes dans les différents groupes de cette société sont interdépendantes, et ce qui peut faire du bien à un groupe est la plupart du temps quelque chose qui peut faire du bien à d'autres groupes. Et on entend malheureusement trop souvent des discours qui, du point de vue de la population, sont perçus comme étant clivants, parce qu'on oppose les jeunes aux vieux, parce qu'on oppose les personnes ayant des comorbidités à celles qui n'en ont pas, parce qu'on oppose les personnes qui travaillent aux personnes qui n'ont pas d'emploi, parce qu'on oppose les familles traditionnelles aux familles qui ne le sont pas. Tous ces discours clivants sont de nature à miner le moral de la population et au final à augmenter le coût sur le plan de la santé mentale.

Je ne vais pas prendre beaucoup plus de temps non plus par rapport aux questions auxquelles j'ai pu répondre. Je vais terminer par quelques autres recommandations que je voudrais faire. Une des choses qui m'a frappé dans ce que vient de dire Mme Van Leuven – et c'est un peu comme dans un jury de thèse, quand on passe en dernier, des choses ont déjà été dites par les autres intervenants – donc je vais peut-être me répéter, mais je suis absolument frappé par le caractère extrêmement *top down* de ce qui s'est produit dans cette crise. On a assisté, je rejoins tout à fait Mme Van Leuven, à une infantilisation de la population. Une crise est pour beaucoup de gens une opportunité de déployer de nouvelles compétences, de nouvelles solidarités, permettant aux autres d'en profiter. Et ce à quoi on a assisté, pour l'essentiel, c'est effectivement à une espèce de déresponsabilisation du citoyen en faisant fi de tout ce que les citoyens auraient pu apporter comme solutions, que ce soit au niveau individuel, au niveau de petits groupes locaux, etc. Je pense ainsi à de nombreux jeunes qui, dans le cadre universitaire avaient envie de contribuer à leur manière. Je suis enseignant et je peux vous assurer que j'ai été confronté à des dizaines d'étudiants qui se sont retrouvés dans des situations extrêmement précaires. Il est vraiment dommage qu'on n'ait pas tablé sur la créativité des étudiants pour essayer de faire face à leur désarroi.

Il est dommage aussi qu'on n'ait pas suffisamment mobilisé les corps intermédiaires. Nous avons un pays avec un réseau associatif extrêmement riche. Ce réseau associatif a été si l'on peut dire amputé de ses initiatives face à la situation. On a empêché d'une certaine manière, toute une série de personnes, de pouvoir agir à leur niveau avec leur créativité.

Je pense qu'il faudrait changer cela pour l'avenir, en essayant de mobiliser vraiment les gens à leur niveau parce que l'adhésion de la population n'est jamais aussi importante que lorsqu'elle s'articule autour d'idées qu'elle-même propose.

Dernière recommandation et dernier constat: je rejoins aussi Mme Van Leuven sur la question de la précarité et du lien entre précarité et santé mentale. La santé mentale n'est pas un îlot isolé dans la société. Elle est connectée à des tas d'autres réalités et est donc, en grande partie, la conséquence de toute une série d'autres phénomènes. Tous les chiffres que je connais en matière de psychologie sociale au niveau international indiquent que les niveaux d'inégalités sociales et de précarité dans une population sont directement liés au niveau de criminalité et aux difficultés de santé mentale et physique de cette même population.

Ne croyez pas non plus que la santé mentale est à mettre en opposition avec la santé physique! Elles vont de pair. Les inégalités sociales au sens très large (je ne répéterai pas ce que Mme Van Leuven a dit), les inégalités sociales que nous cultivons dans notre société sont directement responsables du bien-être et physique et mental de la population dans un sens tel qu'une inégalité donnera lieu à davantage de difficultés en santé mentale.

Il y a des dizaines de raisons pour lesquelles toute une série de personnes ne sont pas aujourd'hui concernées par la lutte contre la pandémie: non pas parce qu'elles ne le veulent pas, mais parce qu'elles ne le peuvent pas. Tout simplement parce que d'autres priorités s'imposent à elles. Une récente enquête sortie aujourd'hui de l'UCLouvain montre qu'un belge sur 4 n'utilise pas Internet et que 40% des Belges sont en situation de vulnérabilité numérique. Ceci signifie que soit ces personnes n'utilisent pas internet soit elles ont de faibles compétences numériques.

Quand nous diffusons des informations essentiellement par Internet, nous vivons donc dans un "monde idéal" dans lequel nous oublions que des gens sont complètement coupés de ce que nous essayons de leur dire ou de ce que nous essayons de leur montrer? La prise de conscience

de ces écueils, de la fracture numérique, de cette précarité, de ces inégalités, dans un plan de santé mentale qui soit effectivement pensé nationalement et de façon beaucoup plus intégrée, devrait nous amener à faire beaucoup "d'économies", cela sonne d'une certaine façon indécent à dire, mais surtout à faire beaucoup de choses positives en matière de santé mentale. C'est ce que j'appelle de mes vœux. C'est une des raisons pour lesquelles le groupe "psychologie et corona" s'est engagé résolument dans ce travail de conseil à la communication et à la motivation. Je vous remercie pour votre écoute.

Le **président**: Monsieur Yzerbyt, je vous remercie beaucoup pour votre exposé.

Geachte sprekers, ik dank u allen voor uw interessante toelichting. Die toelichting heeft iets langer geduurd dan gepland, maar ik denk dat het zeker ook interessant was.

Ik geef nu het woord aan de leden om eventueel op enkele zaken nog dieper in te gaan als zij dat wensen. Eerst krijgen alle parlementsleden het woord. U kunt daarna in één keer en gestructureerd de bijkomende vragen beantwoorden.

Aan de leden vraag ik te specificeren tot wie zij zich richten met hun vragen.

In deze commissie kan geen spreektijdbepanking worden opgelegd, maar toch wil ik vragen te proberen het bij de essentie te houden zodat de drie sprekers nog voldoende tijd hebben om te antwoorden. Om 13.30 uur moeten we echt wel aan de volgende hoorzitting beginnen.

**Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, om u meteen gerust te stellen: ik ben nu de enige spreker voor N-VA.

Geachte sprekers, bedankt voor uw bijzonder interessante toelichting. Aangaande de geestelijke gezondheidszorg zijn wij met zijn allen gewaar geworden dat er, zeker in het begin van de crisis, heel wat gaten zijn gevallen. Heel wat zaken hebben onvoldoende aandacht gekregen.

Mevrouw Crommen, u stelt dat de beste preventie tegen psychische problemen bij kinderen en jongeren het openhouden van de scholen is. Ik ben blij dat u dat hier zo duidelijk stelt. Ik weet immers dat de Vlaamse regering daar echt voor heeft gestreden. U bevestigt als expert daarvan nu de noodzaak. Wij hebben allen kunnen ondervinden dat het ook voor onze jeugd een heel erg moeilijke periode is.

U had het over de uitwerking van een relanceplan

voor de jeugd in samenspraak met de sector. Wordt daaraan nu al gewerkt in de psychosociale groep corona? Hebt u al concrete aanbevelingen kunnen geven aan de regering? Ik zie dat u nu neen schudt, dus dat voorspelt nog niet veel goeds. Wij kunnen dat element wel meenemen.

U hebt ook over de studentenverenigingen gesproken. De groep studenten heeft het meest opgesloten gezeten in de voorbije periode en heeft het heel moeilijk gehad. Er worden nu wel enkele kleine initiatieven genomen. Minister Vandembroucke heeft ook enkele maatregelen aangekondigd. Hoe kunnen studentenverenigingen op korte termijn concreet worden bijgestaan? Kunt u voorbeelden geven, waarmee wij concreet aan de slag kunnen gaan?

U hebt het ook even over de anorexia-nervosapatiënten gehad. Hebt u data over een toename op dit moment van patiënten die opgenomen worden of op de wachtlijsten staan?

Mevrouw Van Leuven, u had het over de sociale ongelijkheid en de moeilijkheid voor patiënten in moeilijke sociale situaties om een conforme geestelijke gezondheidszorg te ontvangen. Hoe zou u dat probleem concreet aanpakken? Wij hebben daarnet gehoord dat een vierde van de mensen geen toegang heeft tot het internet. Ik veronderstel dan ook dat die groep al uit de eerstelijnspsychologie via het internet valt. Kunt u ons concrete actieplannen meegeven waarmee wij aan de slag kunnen gaan?

Wat de communicatie betreft, de professor had het over communiceren op basis van data of criteria. In vorige hoorzittingen stelden sommige sprekers voor om de experts te laten communiceren over de data waarnaar men zich zou willen laten richten. De politiek zou dan de criteria meegeven op grond waarvan een bepaalde aanbeveling op basis van die data al dan niet gevolgd is. Zou dat een duidelijkere manier van communiceren zijn naar de bevolking?

Ik stel vast dat in bepaalde landen het leiderschap en de communicatie vanuit de regering vlotter verlopen. Zijn daar beter afgelijnde afspraken gemaakt tussen de experts en de politiek of heeft het ermee te maken dat de politici daar meer leiderschap nemen? U had het ook over de vaststelling dat het on hold zetten van bepaalde therapieën in de geestelijke gezondheid gevolgen op lange termijn zal hebben. Dat is ook wat wij in de somatische zorg zien. Bij kankers weten we dat de diagnose later zal komen. In de geestelijke gezondheidszorg zal het er ook wel ooit uitkomen, maar misschien zullen we pas signalen kunnen traceren wanneer het te laat is.

Hoe reëel schat u de kans dat een vrij groot percentage van de patiënten onder de radar blijft, voor die late diagnoses?

Wij hebben het nog niet gehad over het vaccinatiepaspoort. Aan heel de communicatie over het vaccinatiepaspoort is er toch een heel belangrijk mentaal aspect. Hoe ziet u dat, als experts op het vlak van mentaal welzijn? Hoe kunnen wij communiceren over zo'n vaccinatiepaspoort? Europa heeft het plan opgevat om het in te voeren. Is het verantwoord om daaraan te beginnen op een moment dat nog niet iedereen toegang heeft gekregen tot het vaccin? Hoe zal onze jeugd reageren wanneer bepaalde zaken opengesteld worden voor mensen ouder dan 65 of ouder dan 45, terwijl zij nog niet de mogelijkheid hebben gehad om gevaccineerd te worden?

Dan had ik ook nog graag een vraag gesteld over de communicatie met betrekking tot de complottheorieën en de antivaxers. Ook daar speelt een mentaal welzijnsaspect mee. U hebt het over de top-downcommunicatie. U gebruikte een mooie term, namelijk *infantilization* van de bevolking. Wij worden toch gewaar dat er bepaalde groepen zijn die eigen realiteiten hebben, vaak niet wetenschappelijk gefundeerd, en naar wie op het moment nogal top-down wordt gecommuniceerd, namelijk dat die realiteit niet wetenschappelijk en niet juist is. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat die groepen zich wel gerespecteerd voelen en toch ook op een correcte manier geïnformeerd worden?

Dan wil ik een brugje maken naar de artsen. Artsen die niet in de vaccins geloven, werden aangesproken door de Orde van Geneesheren. Is de manier waarop men vandaag die artsen benadert, de ideale manier? Wordt door zo top-down te werken niet net het omgekeerde effect gecreëerd en voedt zulks niet opnieuw antivaxtheorieën?

**Marie-Colline Leroy** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je serai également seule à intervenir pour le groupe Écolo-Groen, aujourd'hui.

Je tiens, tout d'abord, à remercier les intervenants pour leurs interventions extrêmement précises et passionnantes. Il est désespérant et affligeant de voir à côté de quoi on est passé.

Je suis désolée, pour mes collègues, de le répéter à chaque fois, mais je crois qu'il est important de signaler que je travaille, pour ce qui me concerne, essentiellement sur les matières qui touchent aux affaires sociales. Ce faisant, ce que vous avez évoqué, aujourd'hui, est évidemment très parlant.

Je m'intéresserai donc davantage aux questions liées à l'impact social et aux dénominateurs communs entre la santé mentale et l'impact que cela a.

Je souhaite également que vous sachiez que je suis enseignante. J'ai encore rencontré, hier, par zoom, mes anciens étudiants qui sont en formation d'éducateur spécialisé et qui m'ont dit que leur priorité absolue, aujourd'hui, était de retourner à l'école. Je ne pensais pas entendre cela un jour au cours de ma carrière d'enseignante. Ils m'ont expliqué à quel point la situation actuelle était particulièrement délicate, voire désespérante. Nous avons aussi fait un peu le tour de ce qui s'est passé pendant un an.

Que ce soit pour eux qui sont de futurs éducateurs spécialisés, que ce soit pour les futurs enseignants, une question se pose au sujet du retour à l'école. Je m'adresse ici plus à Mme Crommen. Je suis tout à fait d'accord pour dire que le dernier lieu à fermer devrait probablement être les écoles. Je me pose la question de la fracture numérique. Aujourd'hui, il nous semble évident de nous réunir par zoom, de nous rencontrer et d'agir facilement d'un point de vue numérique. Mais, il y a un an, même ce Parlement était relativement surpris. Je me souviens bien du 12 mars 2020 où on se demandait un peu tous comment on allait se réunir. Et tout d'un coup, tout le monde a fait un bond dans le temps numérique. Mais les écoles étaient aussi dans cette situation très compliquée et ne savaient pas du tout comment elles allaient s'adapter. On se souviendra qu'il y a eu énormément de difficultés liées au fait de savoir comment les enseignants allaient pouvoir rester en contact avec les enfants à distance puisque la décision de la fermeture des écoles avait été prise.

Madame, avez-vous l'impression qu'il existe déjà des stratégies qui devraient ou qui auraient dû être mises en place entre les enseignants, entre l'associatif, entre les aides sociales, entre les psychologues, les services de psychiatrie, ce de manière triangulaire avec les parents? En effet, si les enseignants étaient un peu perdus, c'était également le cas des parents qui se sont retrouvés tout d'un coup avec leurs enfants. Certains se sont réjouis, en se disant qu'ils leur apprendraient à lire car ils avaient une formation d'enseignant. D'autres se sont demandés quoi faire de leurs enfants, comment faire pour ne pas leur faire perdre du temps au niveau de leur apprentissage. C'était un peu la panique à bord. J'aurais donc voulu savoir si de nouvelles recommandations sur cette triangulation (enseignement, parents, acteurs qui sont, en fait, dans l'écosystème de l'environnement familial et scolaire) pouvaient être imaginées?

Avez-vous des pistes en la matière?

Le fait de s'adresser aux enfants me parle, car je pense que de nombreux enfants n'ont pas bien compris. Personnellement, j'ai une petite fille de quatre ans qui, lorsqu'elle est retournée à l'école, craignait de contaminer son institutrice. Son institutrice étant plus âgée, ma fille l'avait identifiée comme une personne âgée. En outre, pendant tout un temps, les jeunes enfants ont été considérés comme porteurs du virus et comme des vecteurs potentiels.

Je me rappelle avoir entendu quelqu'un dire à ma fille dans une grande surface qu'il était embêtant qu'elle vienne. J'avais très mal vécu cette remarque et j'espérais qu'elle n'ait pas compris ce qu'on venait de lui dire, à savoir qu'elle était porteuse d'une maladie. Dès lors, je me demande si la crise a eu des répercussions sur l'état de santé mentale des enfants, qui ne comprenaient plus bien ce dont ils étaient porteurs et responsables.

J'avais encore une question sur le suivi des plus grands ados et des jeunes, ainsi que sur l'accompagnement avec les cercles étudiants. Je rejoins ici les trois intervenants, et je déplore qu'on n'ait pas fait appel à la créativité de ces jeunes regroupés, de ces groupes d'étudiants, de ces associations ou de ces centres culturels, pour revenir sur l'intervention liée à la culture.

On aurait ainsi pu concevoir une espèce de protocole autour de groupes plutôt que de tout fermer. Néanmoins, je répète qu'il y a un an, nous ne savions pas comment nous réunir, et on nous disait d'éviter tout contact physique. Je pense que l'objectif actuel est toujours d'éviter de revenir à des contacts physiques trop rapprochés et je me demandais quelle était votre perception aujourd'hui, compte tenu des enseignements que nous avons pu tirer de cette crise.

Je m'adresse ici aux trois intervenants. Avec les connaissances dont nous disposons désormais, les connaissances des répercussions de la crise sur la santé mentale et les outils numériques et technologiques que nous avons aujourd'hui, quelles sont vos pistes pour faire en sorte de mobiliser à nouveau tous ces jeunes, afin qu'ils subissent moins et qu'ils soient moins dans l'attente?

Les jeunes attendent des signaux, ils attendent qu'on leur dise quoi faire. Pourrions-nous donc essayer de les mobiliser à nouveau et de les inciter à libérer leur créativité par des critères et des consignes relativement simples? Des protocoles simples selon lesquels les jeunes - pour autant qu'ils respectent ces protocoles - pourraient

imaginer se retrouver avec des outils et des moyens financiers. Je pense, en effet, qu'il reste de nombreuses personnes sur le bord de la route en raison d'un manque de moyens financiers pour suivre l'actualité et la vie virtuelle et pour se sortir de la situation dans laquelle ils se trouvent.

Mme Van Leuven, vous avez évoqué la souffrance psychique. Je me posais également la question de la sociabilisation des tout petits, la sociabilisation des jeunes et la sociabilisation qui peut être fragile chez certaines personnes en raison de leur vécu ou de leurs caractéristiques. Veuillez d'ailleurs m'excuser si je suis maladroite dans mes propos en matière scientifique et médicale. Les personnes psychologiquement fragiles qui n'ont vu que très peu de monde pendant un an éprouvent peut-être certaines difficultés. Pourrions-nous anticiper ces difficultés afin de faciliter le retour de ces personnes à une vie qui serait beaucoup plus sociale?

Je me pose également de nombreuses questions sur ce que vous avez déclaré à propos des personnes dites "précaires". J'aurais voulu connaître votre perception à cet égard. Nous avons dégagé des aides financières - notamment auprès des CPAS - qui varient entre 110 et 140 millions d'euros. Ces aides sont utilisées, mais peut-être pas autant qu'il le faudrait, probablement en raison d'un manque d'information envers ces publics précarisés qui n'ont pas accès, soit à la compréhension des mesures et de la situation, soit aux aides qu'ils peuvent obtenir, soit à l'accueil qui pourrait leur être réservé.

Ce manque d'information peut être dû à un manque de temps ou à un épuisement généralisé de la population. Hier encore, on m'a parlé de quelqu'un qui n'en pouvait plus de dire aux personnes à la recherche d'un logement social qu'il fallait attendre neuf ans pour obtenir un logement social, plusieurs semaines pour un logement d'urgence et même plusieurs jours pour un colis alimentaire. Cette situation est à l'origine d'un cercle vicieux parce que, dans les services d'aide sociale, le personnel est épuisé, et ce ras-le-bol généralisé se répercute sur les personnes qui poussent la porte de ces services. Percevez-vous cette réalité? Auriez-vous des pistes concrètes que nous pourrions soumettre au gouvernement?

Dans une idée de dynamique, je vais poser des questions relatives à ce qu'a dit M. Yzerbyt quant à la situation politique dès le début et quant au fait que vous n'avez pas du tout été interpellés au début de cette crise.

Je n'y ai pas pensé non plus, mais nous aurions dû préciser, dès le départ, qu'il nous faudrait

communiquer avec un ton juste, à défaut de quoi cela ne fonctionnera pas et personne ne se comprendra. Visiblement, on voit clairement que le ton n'était pas adapté, car vous avez tous évoqué la question de l'infantilisation. Vous avez dit travailler sur les stéréotypes. Je ne sais pas si vous partagez cette perception, mais peut-être que le fait d'avoir un personnage féminin à la tête du pays, avec tous les stéréotypes que cela représente, n'est pas révélateur de ce qui se ressent et de ce qui se vit encore dans notre société.

Ainsi, je ne compte plus le nombre de fois où j'ai entendu dire que Sophie Wilmès avait un ton très juste. Le fait qu'elle soit une femme lui conférait un ton assez maternel et rassurant. Au début de cette crise, c'était visiblement ce que nous attendions, nous voulions nous sentir rassurés car nous avions peur de cette situation dont nous ne connaissions pratiquement rien. Je ne dis pas que la première ministre avait un ton maternel, mais j'étais très étonnée de voir que, du fait que nous avions pour la première fois une femme à la tête du pays, on l'affublait de critères et de caractéristiques extrêmement stéréotypés. J'en étais choquée.

Cela a en quelque sorte donné le "la" dans la communication. La question de l'infantilisation m'a donc souvent interpellée. Ainsi, je me suis demandé si le nombre de cas de dénonciation de mauvaises actions de voisins était lié à ce ton quelque peu infantilisant, à cette prise en charge de la population, un peu comme quand nous allions nous plaindre auprès du surveillant dans la cour de récréation lorsque nous étions enfants. Identifiez-vous ce phénomène comme une suite un peu logique de ce qui a été interprété dans le ton adopté dès le départ?

Cela dit, nous ne sommes pas dispensés de nouveaux stéréotypes sur nos communicants. Actuellement, ils sont tout aussi genrés.

Je trouve le baromètre dont il est question extrêmement riche, important et intéressant. A-t-il été bien accueilli? L'est-il toujours? S'en préoccupe-t-on? J'espère vivement que toutes vos données sont entendues et relevées. Sinon, il me semble indispensable que cela devienne le cas au plus vite.

S'agissant de la question de la stratégie de la communication par dates plutôt que par critères, j'ai l'impression que l'on a fait les deux par moment et, qu'aujourd'hui, le gouvernement vise à faire les deux, c'est-à-dire que tant que l'on ne parvient pas à un plateau de contaminations, on ne réduira pas les mesures mais, par ailleurs, il est quand même question du mois d'avril pour telle règle et du mois de mai pour telle autre.

Très modestement, je n'ai pas vos compétences en termes d'étude des comportements. Quand j'enseignais et que je donnais des cours de didactique, d'apprentissage de la langue aux étudiants, j'avais pour habitude de dire que l'apprentissage devait aussi fonctionner par interdépendance en termes de plans, sinon c'était irréaliste. Ces critères devaient à la fois être des critères objectifs (vers quoi on va), mais que sans planning et sans timing, l'on pouvait rapidement décourager les apprenants. Je ne dis pas que nous sommes tous des apprenants, quoi que nous apprenions tous de cette crise, et que nous apprenons de nouveaux comportements.

En conséquence, il me semble important lorsque l'on se fixe des objectifs qu'il y ait aussi un agenda qui peut être revu, à condition que les règles soient claires dès le départ: à condition d'atteindre tel objectif, l'on pourrait, si l'on y travaille, les atteindre à telle période.

J'ai l'impression que ces méthodes sont aussi utilisées dans le monde du sport par exemple, ou dès que l'on se lance un défi on le programme dans le temps.

Ne pensez-vous pas qu'il soit indispensable d'avoir un timing afin de pouvoir se dire que l'on va essayer d'atteindre l'objectif et de travailler tous ensemble à son atteinte? En ayant des critères clairs ainsi qu'un timing réalisable, l'on rassemble davantage d'adhésion de la part du public qui en a cruellement manqué. Nous le comprenons.

Quant aux objectifs, vous avez fait référence à la situation suivante: une mesure concernant les coiffeurs n'était pas prévue, puis tout d'un coup, on y arrive quand même. Quid de la colère des gens? On nous a dit que tel objectif était à atteindre en parlant de la vaccination, ce qui n'est plus tellement l'idée aujourd'hui, on n'y arrivait, puis les gens se sont dit: "Tant pis, je laisse tomber."

**Patrick Prévot (PS):** Monsieur le président, je remercie nos trois intervenants dont les discours vérité confirment que la dimension essentielle de la santé mentale n'a pas été prise en compte comme elle aurait dû l'être. Il faut pouvoir entendre ce constat.

Ils ont également signalé que cette gestion *top-down* a été très mal vécue et n'a pas fonctionné. Ce matin, le constat a encore été fait. Cela avait déjà été évoqué par d'autres intervenants et nous devons prendre en compte cette donnée lors de la rédaction de notre rapport. D'emblée, j'essaierai de regrouper mes questions par intervenant. Si certains souhaitent répondre à des questions que

j'aurais peut-être dirigées de manière arbitraire vers l'un ou l'autre, n'hésitez pas!

Madame Crommen, je vous remercie de votre intervention. On le sait et vous l'avez répété, cette crise a engendré un report de soins et l'interruption de suivis et d'accompagnements. Vous avez d'ailleurs évoqué les consultations en ligne et signalé qu'il fallait à l'avenir développer des solutions pour éviter ces interruptions des soins. Visiblement, cela n'était pas suffisant. Vous avez dit que les téléconsultations vous avaient permis de continuer certains suivis, mais pour certains autres, c'était compliqué. Quelles sont donc les limites de la téléconsultation? À votre connaissance, des études ont-elles été menées dans le cadre de ces reports pour en estimer l'impact et les conséquences? Concrètement, comment le rattrapage s'est-il déroulé pour vous et vos collègues?

Une meilleure communication avec les patients doit être envisagée, et ce, afin que ces patients aient les bonnes réactions et qu'ils puissent entreprendre les meilleures démarches au bon moment.

Par ailleurs, l'inquiétude est présente quant à l'impact dommageable que la crise et les mesures peuvent avoir sur les enfants et les adolescents. Vous avez rappelé l'importance pour notre jeunesse de pouvoir suivre les cours en présentiel et que, lors d'une pandémie, arrêter les cours en présentiel était vraiment la toute dernière mesure à prendre. On sait que cela a été compliqué à faire comprendre. Une inquiétude a parfois été générée tantôt chez les enfants, tantôt chez les parents. Quand des professionnels tels que vous le rappellent, cela a son sens et cela apporte du poids aux mesures prises ainsi qu'à la volonté qui a été celle des gouvernements de maintenir le plus possible les cours en présentiel.

La saturation des services de pédopsychiatrie a été clairement avérée en de nombreux endroits: nous avons pu constater l'augmentation des demandes, mais également des prises en charge beaucoup plus lourdes. Une récente étude de l'Université de Mons indique que plus de 80 % des 18-25 ans présentent un niveau de dépression bien supérieur à la moyenne.

Madame Crommen, vous avez dit qu'il fallait une vision d'avenir. Très pratiquement, quelles mesures urgentes sont-elles à prendre pour éviter que la situation ne se dégrade davantage et pour apporter une réponse concrète à ces jeunes?

Madame Van Leuven, je vous remercie également pour votre discours vérité. Vous avez été très cash;

c'est ce que nous attendons des personnes qui nous font la gentillesse de venir nous parler.

Je commencerai par les recommandations. Vous en avez plusieurs. Tout d'abord, il faut pouvoir travailler sur l'inclusion, c'est essentiel. Vous avez mille fois raison. Plusieurs manières peuvent nous permettre de travailler sur cette inclusion. Vous n'avez pas développé ce point davantage. Comment pratiquement permettre cette inclusion ou, en tout cas, une meilleure inclusion?

Vous avez dit qu'il est nécessaire d'imaginer un plan de santé mentale à l'échelle du pays. Pourriez-vous être plus explicite? Votre solution serait-elle d'intégrer cette dimension de la santé mentale dans un futur plan pandémie? Devrait-on l'intégrer dans un plan de gestion de crise dit "classique"?

Dès le départ, est-il nécessaire d'intégrer un volet santé mentale dans les rapports scientifiques comme ceux de Sciensano avec, par exemple, le taux d'occupation des lits en pédopsychiatrie? Quelles autres données de santé mentale pourraient-elles aussi être détaillées ?

Cette crise a mis en lumière la nécessité d'une psychiatrie de qualité d'urgence et de crise dans les hôpitaux psychiatriques, en première ligne et même dans le secteur des soins ambulatoires. Par rapport à votre expérience de terrain, que fait-il encore cruellement défaut? Comment éviter des saturations à l'avenir? Faut-il tableter davantage sur la prévention, comme l'ont d'ailleurs suggéré de nombreuses personnes avant vous au sein de cette commission? Sur cette thématique, la Fondation Roi Baudouin a mis l'accent sur l'importance de faire émerger des pratiques innovantes qui viseraient à mieux intégrer la santé mentale et la première ligne, en récompensant six pratiques inspirantes. Faut-il envisager cette intégration de manière beaucoup plus généralisée?

Certains experts estiment que la crise a montré que le premier réflexe des décideurs politiques est celui de se pencher uniquement sur les soins somatiques. Comment, plus généralement, les soins de santé auraient-ils dû être pris en compte dès le début de la crise? Comment intégrer cette dimension dans un futur plan pandémie? Principalement, est-il nécessaire d'intégrer dès le départ un volet santé mentale dans les rapports scientifiques comme ceux de Sciensano?

Monsieur Yzerbyt, il était beaucoup question, tant au sein de la population que dans les auditions, de résilience. C'est un terme de plus en plus utilisé. La question du baromètre a été mise sur la table à

plusieurs reprises. De nombreux experts estiment qu'il aurait permis de donner des perspectives claires à la population et de peut-être favoriser cette résilience.

Il y a quelques mois, le Ceval présentait une stratégie de gestion de l'épidémie, une série de seuils pour envisager des mesures d'assouplissement. Ils figurent toujours dans les bulletins de Sciensano. Selon vous, est-ce suffisamment pédagogique pour le citoyen? Quels sont les éléments significatifs d'un baromètre clair et efficace pour permettre cette fameuse résilience?

**Dominiek Snelpe (VB):** Ik dank de sprekers voor de leerrijke uiteenzetting.

Men onderstreepte hier dat er toch wel wat angst leeft. Ik zie daar eigenlijk twee vormen van. Enerzijds is er de angst om zelf besmet te worden of anderen te besmetten of om beboet te worden als men de maatregelen niet naleeft. Er zijn ook hygiënische maatregelen: men moet de handen veelvuldig ontsmetten en men mag niemand of niets aanraken. Hebt u de indruk dat die meer angstpsychoses veroorzaken? Zullen de extreme hygiënische maatregelen voor meer smetvrees zorgen?

Als de overheid maatregelen uitvaardigt, dan is het natuurlijk de bedoeling dat die ook zo goed mogelijk gevolgd worden. Vandaar misschien ook de angst die men probeerde te creëren. Als men iemand bang maakt, dan is die immers meer geneigd om bepaalde maatregelen te volgen. Hoe had men dat volgens u beter kunnen aanpakken, zonder echt de nadruk te leggen op de angst?

Even terzijde, ik stel mijn vragen niet specifiek aan een van de deskundigen, ieder van u die zich geroepen voelt, kan ze beantwoorden.

Er is gezegd dat er snelle bruggen moeten komen tussen het onderwijs en de geestelijke gezondheidszorg. Kunt u dat wat concreter maken? De kwetsbare scholieren en studenten moeten actief opgespoord worden. Dat is natuurlijk iets wat ook in een niet-pandemische situatie zou moeten gebeuren. Er kwam naar voren dat het gebrek aan bruggen ook in normale omstandigheden een knelpunt is. Hoe lossen we dat op? Welke rol kunnen de CLB's, de scholen zelf en de zorgcoördinator hierin spelen?

Ziet u door de coronacrisis ook een toename van anorexia nervosa?

In januari titelde een krantenkop in *De Morgen* dat volgens de gerenommeerde onderwijsexpert Dirk

Van Damme van de OESO geen tijd te verliezen viel: alle scholen moesten dicht. De vraag rijst alvast wie die man een gerenommeerd onderwijsexpert heeft genoemd, zeker gelet op het feit dat heel wat jongeren en gezinnen door de sluiting van de scholen in de problemen zijn geraakt. Bent u van mening dat die man de naam expert waardig is? Moeten wij niet opletten om mensen te bestempelen als experten op eender welk vlak?

Er is een pilootproject gaande For-K, wat staat voor Forensische K-bedden. De bedoeling daarvan is een specifiek aanbod te creëren voor de intensieve klinische behandeling van justitiële jongeren. Vorige week was professor Goossens te gast in de commissie en hij zei dat, als overlegorganen het in ons land niet eens zijn, zij met pilootprojecten starten. Is dat pilootproject ook ontstaan bij gebrek van een eensluidende richting? Was u betrokken bij de uitwerking van het project? Als dat zo is, waar situeerden zich de spanningen? Waarom kwam het niet tot eensgezindheid? Ik krijg graag uw visie over het project. Hoe loopt het nu en zou het kunnen worden uitgerold, indien het een goed project is?

Het probleem van de versnippering komt ook in elke hoorzitting aan bod. De kwestie zal normaal gezien op het einde van de legislatuur worden bekeken en ik hoop dat de bevoegde ministers er snel werk van beginnen te maken, want zeker op het vlak van volksgezondheid is het een janboel. Ik vernam graag of er een andere aanpak is in de regio's? Wat doet de ene regio beter dan de andere? Wat is uw visie ter zake?

Er is ook herhaaldelijk op gewezen dat de communicatie niet goed was. Er werd en wordt met te veel data gewerkt, vooral tijdens de eerste golf. In de tweede Ceval waren al wat meer psychologen, pedagogen en gedragstherapeuten aanwezig. Hebt u de indruk dat met de tweede Ceval de communicatie beter was? Werd de communicatie beter naarmate de pandemie langer duurde?

De pers berichtte al over lange wachtlijsten en grote werkdruk voor psychologen en psychiaters. Zij zijn ook maar mensen en hebben vaak dezelfde angsten als hun patiënten, namelijk niet besmet worden en hun gezin en hun naasten niet besmetten. Waar kunnen zij terecht? Is er ergens een centraal meldpunt? Ziet u heil in de oprichting van een dergelijk meldpunt, mocht het niet bestaan? Wij hebben een dergelijk instrument voor de artsen. Ik weet niet of iets dergelijks ook in de geestelijke gezondheidszorg bestaat.

U stelt dat de communicatie slecht was en dat er te

veel data wordt gegeven in plaats van omkadering. Misschien warener ook te veel maatregelen waarvan het nut niet erg duidelijk was of onevenwichtige maatregelen.

Wat wij evenmin uit het oog mogen verliezen, is de handhaving en de disproportionaliteit ervan. Amokmakende jongeren in Brussel worden bijna niet gesanctioneerd, maar een ouderpaar dat op een bank in een park zit of studenten die samen op een balkon zitten, worden disproportioneel hard gestraft. Ziet u daarin ook een reden voor coronamoeheid? Werd dat besproken in de Celevel?

Er werd een ernstig pleidooi gehouden voor het openhouden van de scholen. Daar staat onze fractie uiteraard ook achter, maar er zijn volwassenen die nu al een jaar telewerken. Ik denk dat ook daar heel wat psychologische zorg zal moeten worden geboden. Ook daar zijn er informele contacten tussen collega's. Hoe lang kan de regering nog vragen om mensen thuis te laten telewerken? Hoe lang zullen die mensen dat nog kunnen volhouden?

Wij hebben in de hele coronacrisis ook gezien dat er veel afhangt van lobbywerk. Een sector die goed vertegenwoordigd is, zal sneller zijn zin krijgen dan andere sectoren. Hebt u voldoende macht of kracht om genoeg te lobbyen om de geestelijke gezondheidszorg echt op de agenda te krijgen?

Ik las ook het KCE-rapport over de geestelijke gezondheidszorg in België. Daarin las ik dat België in verhouding tot het bevolkingsaantal het op een na hoogste aantal psychiatrische bedden binnen de OESO-landen heeft. Meer dan 80 % van de financiële middelen in de geestelijke gezondheidszorg gaat naar de residentiële zorg. We doen het dus "niet zo slecht", maar wat moet er anders? Men zegt snel dat er meer geld naar de geestelijke gezondheidszorg moet gaan, maar kunnen er ook zaken worden verschoven?

Ik ontving net op mijn telefoon het dagelijkse mediaverslag over het aantal besmettingen. Het eerste wat ik op *HLN* las is: toename van 29 % van het aantal besmettingen bij jonge kinderen. Dan denkt men: oei, dat is niet goed, gedaan met de open scholen. Moet dit nog een probleem zijn? Nu misschien nog een beetje, maar eens de kwetsbare groepen gevaccineerd zijn, moet dat dan nog een probleem zijn? Moeten die cijfers ook altijd zo worden gecommuniceerd? We moeten natuurlijk wel de gegevens kennen, waar er besmettingen zijn, wie besmet is, waardoor, hoeveel besmettingen enzovoort, hoe meer gegevens we hebben hoe beter, maar moet dat altijd zo gecommuniceerd worden aan de bevolking, zeker nu de vaccinaties goed beginnen te lopen?

Er zijn nu ook artsen die hun stem verheffen en die zeggen dat we ervan uit moeten gaan dat dit een endemisch virus wordt, te vergelijken met de griep. Elk jaar zullen we wel een of twee golven hebben, maar met een vaccin dat elk jaar een beetje wordt aangepast, kunnen we het vergelijken met de griep. Moeten we ons dan niet meer focussen op de kwetsbare groepen in de plaats van steeds met die dramatische cijfers te komen?

**Michel De Maegd (MR):** Je vous remercie, mesdames Van Leuven et Crommen ainsi que Monsieur Yzerbyt pour vos témoignages de terrain. Vos auditions sont très éclairantes.

J'ouvrirai une parenthèse. J'ai entendu des propos qui véhiculent ici des on-dit sur une première ministre potentiellement infantilisante. Plutôt que de répéter des "on-dit", concentrons-nous sur les faits! En réalité, nous avons une première ministre pleine d'empathie. Ce n'est évidemment pas une question de genre mais dépend de la qualité intrinsèque de chaque individu. Il se fait que Sophie Wilmès a manifestement cette grande qualité.

À mes yeux, l'empathie est fondamentale surtout en période de crise. Dans la perspective d'être à l'écoute de ceux qui souffrent en leur for intérieur de la crise, je me réjouis, monsieur le président, chers collègues, que la commission ait accepté la demande spécifique de mon groupe, le MR, d'entendre en cette commission, les spécialistes de la santé mentale dans ses auditions de Mmes Crommen et Van Leuven et de M. Yzerbyt.

Je retiens quelques constats précis: la fermeture des écoles a clairement eu un impact négatif sur les écoliers et étudiants vulnérables. Ils perdent la possibilité de jouer à l'extérieur les uns avec les autres, de se déplacer dans l'espace public. Vous recommandez à cet égard, si je vous suis bien, que la fermeture des écoles soit l'ultime mesure prise.

En ce qui concerne la communication, vous insistez sur l'importance de s'adresser directement aux jeunes et aux enfants. Ils sont capables de comprendre bien entendu. Il faut toutefois le faire par le biais de canaux de communication qu'ils utilisent: les médias sociaux, les influenceurs qu'ils admirent et qui sont parfois des modèles pour eux et dont ils suivent les publications avec assiduité.

Vous préconisez également l'organisation d'activité *out of the box* pour les plus vulnérables. Pourriez-vous nous donner quelques précisions sur ce que peuvent être ces activités *out of the box*?

En ce qui concerne les télécommunications dont parlait Mme Crommen, elles ont été réalisées faute

de mieux. Mais vous dites qu'il n'existe ou n'existait pas de cadre légal pour les faire. Elles doivent avoir lieu en face à face. Que pourrait-on, en tant que législateurs, apporter à cet égard? J'aimerais des précisions sur cette question précise.

Je retiens qu'il est indispensable de prévoir des scénarios qui garantissent, en temps de crise, la continuité des soins de santé mentale. C'est fondamental. Il faut tout mettre en œuvre pour permettre la visite des proches, notamment des parents à leurs enfants dans les services spécialisés. Le manque de personnel qualifié en santé mentale et la difficulté de recruter des psychiatres ont été mentionnés par Mme Van Leuven; la reconnaissance des aidants proches, ces membres de la famille qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes souffrantes. Nous n'en doutons pas et vos auditions le confirment: la santé mentale fait partie intégrante de la santé. Pour paraphraser Mme Crommen, veillons à ne pas séparer le corps et l'esprit!

Chers collègues, monsieur le président, que nous ont dit les psychiatres, les psychologues et les pédopsychiatres? Qu'une vague virale est toujours suivie par une vague mentale. À la première et la deuxième (je n'espère pas une troisième) vagues, succédera non pas une vague, mais un tsunami de problèmes de mal-être et de santé mentale. Sans même parler des personnes vivant seules, songez à tous ces indépendants, à ces restaurateurs dont l'affaire est l'histoire de leur vie, à ces acteurs de la culture, de l'événementiel, privés d'activité et qui voient ces années de dur labeur réduites à néant à la suite du confinement et qui souffrent en plus d'être maladroitement d'être étiquetés non essentiels alors que leur talent, leur travail, c'est leur essentiel, leur raison de vivre. C'est d'ailleurs une part d'essentiel pour nombre d'entre nous (moi le premier) qui retourneront dans les salles dès qu'ils le pourront.

Chez eux, malheureusement le confinement n'est pas que physique, mais aussi psychologique. Bien sûr il existe des aides financières. Mon parti s'est battu pour elles: le droit-passerelle aide à survivre durant la crise, mais ne rendra ni le bonheur ni la santé mentale à tous ceux qui se sentent délaissés ou abandonnés.

La santé est un tout: c'est la santé physique et la santé mentale. C'est ce qu'en dit d'ailleurs l'OMS dont je cite la définition: "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." Nous devons donc entendre et écouter les spécialistes qui nous parlent, faire de la santé mentale une cause

nationale. Pour les indépendants et les familles précarisées, les jeunes durement impactés qui ont besoin de perspectives, le plan de relance doit être économique, bien sûr, mais aussi psychologique. Notre commission doit, monsieur le président, chers collègues, prévoir des recommandations très claires en ce sens.

**Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, ik zal mij beperken tot een viertal vragen aangezien er al heel wat vragen werden gesteld.

Ik wil het eerst hebben over de behandeling van kinderen in crisissituaties. Wij weten dat volwassenen op een relatief snelle manier kunnen worden geholpen op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, maar voor kinderen gaat dat heel traag. Drie op tien kinderen wordt binnen de week door een mobiel crisisteam bezocht, terwijl dat bij de volwassenen zes op tien is, het dubbele dus. Waarom zit er zoveel vertraging tussen de doelgroepen? Wat is de reden voor dit verschil? Is dat omwille van een beperkt aanbod of van een beperkt aantal personeelsleden die ter beschikking staan? Kunt u ons daarover iets meer toelichting geven?

Ook voor ambulante zorg moet iemand met psychologische problemen veel geduld hebben, tenminste als het over gesubsidieerde hulp gaat, zoals een CGG. Daar gelden wachttijden van gemiddeld 103 dagen, wat immens lang is. Wij zien dat voor kwetsbare jongeren, bijvoorbeeld jongeren met ADHD of met een ontwikkelingsstoornis, die wachttermijnen nog langer zijn. Hoe komt het dat ambulante zorg voor kwetsbare doelgroepen en kwetsbare jongeren minder toegankelijk is dan voor andere categorieën? Wat zouden we kunnen doen om dat toegankelijker te maken?

Ik heb een klein deel van de hoorzitting gemist, maar ik hoorde heel wat collega's spreken over communicatie, dus ik hoop dat ik geen vraag stel die al werd beantwoord. Ik zal er alleszins het schriftelijk verslag op nalezen. Er is heel wat informatie op de burgers afgekomen, er was een overvloed van informatie van verschillende bronnen. Vaak waren dat ook tegenstrijdige berichten en fake news die voor heel wat angst zorgden.

Welke maatregelen kunnen er volgens u worden genomen om de effecten van de infodemie, van die overvloed aan informatie, te beperken? Hebt u daarvoor aanbevelingen die wij kunnen meenemen?

Misschien nog een laatste vraag. Welke voorbeelden van innovatieve aanpassingen die u

tijdens de pandemie hebt getroffen zouden structureel geïntegreerd moeten worden in de geestelijke gezondheidszorg? Kunnen jullie ons daar eventueel wat aanbevelingen over geven? Ik bedank de sprekers voor hun uiteenzetting en alvast ook voor de antwoorden.

**Karin Jiroflée** (sp.a): Beste sprekers, ook vanuit de sp.a-fractie hartelijk dank voor uw aanwezigheid hier en voor uw visie op de zaken. Ik zal het helemaal niet lang maken. Het zal wel met mijn vorig leven te maken hebben dat ik het pleidooi dat u alle drie hebt gehouden om meer rekening te houden met kinderen en jongeren, helemaal kan bijtreden en er helemaal kan inkomen.

Ik had een vraag genoteerd voor dokter Crommen. Ik heb uw pleidooi gehoord om instellingen een kader te laten uitwerken over hoe te werken bij een pandemie. Mij lijkt het nogal complex dat instellingen daar een kader voor moeten uitwerken. Mij lijkt het logischer, wat meestal ook de manier van werken is, dat de overheid kaders uitwerkt die dan door iedereen worden gevolgd. Ik zie u reageren en veronderstel dat u wil zeggen dat u dit nogal top-down vindt. Dat zal wel, maar ik vind het de verantwoordelijkheid van de overheid om met u in gesprek te gaan of dat u daartoe het initiatief neemt. Het lijkt mij toch wel logischer dat de overheid er samen met de instellingen voor zorgt dat dergelijk kader er is. Het beleid moet ook op een aantal andere vlakken draaiboeken klaar hebben liggen die tijdig met de sector worden besproken. Dat gaat natuurlijk niet alleen maar over het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren, de overheid moet dat ook op een aantal andere vlakken doen. Ik had daar graag nog wat meer uitleg over gekregen hoe u dat ziet, omdat het mij nogal complex leek. In ieder geval heel erg bedankt voor uw antwoorden. Ik kan mij aansluiten bij een aantal vragen van collega's die ik heb gehoord en zal die niet meer herhalen. Nogmaals dank.

**Catherine Fonck** (cdH): Mesdames et monsieur, je vous remercie pour votre présentation et votre investissement pendant toute la durée de la crise.

Il est vrai que depuis un an, il y a eu du bon et du moins bon. Je retiendrai de vos messages l'importance de valoriser tout l'extraordinaire qui est venu du terrain. Vous avez livré des témoignages de situations particulièrement lourdes et difficiles d'enfants et de familles. Dans le secteur de l'aide à la jeunesse, moi-même, j'ai reçu de nombreux retours des équipes, de choses particulièrement difficiles. Je pense qu'il faut aussi pouvoir retenir tout le positif de petites associations, de voisins, de quartiers, de tout le volet de l'éducation permanente, même s'ils ont été

fort freinés. Il y a eu de nombreuses nouvelles solidarités et, même s'il est toujours possible d'en faire plus, les solutions sont souvent venues du terrain.

Docteur Crommen et docteur Van Leuven, vous avez toutes deux insisté sur l'importance d'un plan de relance. L'une a parlé d'un plan de relance Jeunesse et l'autre d'un plan de relance gigantesque au niveau de la santé mentale. Vous avez aussi mis en évidence le travail fait pour le moment par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) sur les conséquences de la crise sur la santé mentale. Vous avez insisté aussi, vu l'éclatement des compétences, pour avoir une approche qui soit trans-niveaux de pouvoir, trans-compétences.

Le travail réalisé aujourd'hui via le CSS ou ailleurs - en collaboration avec, j'imagine, l'enseignement, etc. -, dispose-t-il des balises nécessaires pour ce plan gigantesque pour demain et après-demain sur le volet santé mentale, le volet jeunesse ou alors est-ce encore trop éclaté? Faut-il faire évoluer ce travail, l'accélérer? Y a-t-il des choses qui devraient être implantées en urgence et qui ne le sont pas aujourd'hui? Y a-t-il des choses qui sont en discussion et qu'il faudrait pouvoir concrétiser dès maintenant? Pouvez-vous nous donner des indications qui me semblent importantes à ce sujet?

Ces derniers mois, je suis frappée lorsqu'on parle davantage de la santé mentale via une approche politique très fortement ciblée sur le volet de la prise en charge et du curatif. J'entends dire qu'il faut engager des psychologues, évaluer sur la base des lits en pédopsychiatrie qui sont plus occupés qu'avant. Certes, ce sont des éléments importants. Mon impression est que l'on mise peu sur tout ce qui peut être réalisé en amont, y compris dans les petites choses du quotidien.

C'est pourtant de nouveau aujourd'hui le message que j'entends de votre part. Professeur Yzerbyt, je voulais voir si, dans le groupe "psychologie corona", ces éléments-là ont été amenés dans la réflexion au niveau des différents gouvernements, des ministres de la Santé, du Codeco et des structures GEES et GEMS. Disposez-vous, à travers votre groupe "psychologie corona", des leviers décisionnels? Êtes-vous écouté et entendu? Avez-vous pu faire avancer des mesures ou en réajuster certaines? J'ai été frappée le jour où il a été décidé, pour prendre en compte les difficultés des adolescents, de leur permettre une activité, au détriment y compris des activités extérieures dont on sait qu'elles peuvent être réalisées avec un degré de sécurité sur le plan sanitaire infectieux beaucoup plus important. Si on

demande aux mouvements de jeunesse de faire leurs activités à l'extérieur et pas à l'intérieur, les risques sont extrêmement faibles. On sait combien cela aurait pu apporter du positif en matière de prévention, justement à l'égard des difficultés liées à la santé mentale et dans le cadre d'une approche du bien-être. Quelle est votre analyse par rapport à cela?

Au sein du groupe "psychologie corona", avez-vous insisté sur l'importance de travailler sur des objectifs communs à l'attention de la population plutôt que sur des dates pour tel ou tel secteur, ou bien est-il apparu que l'un plutôt que l'autre a été privilégié?

Avez-vous des leviers en termes de communication? Pratiquement, avez-vous été associés aux travaux préparatoires de la communication du Codeco ou des conférences interministérielles Santé (probablement plus sur le volet Codeco)? L'êtes-vous aujourd'hui? Ne serait-ce pas judicieux que vous le soyez demain? Quel est votre analyse à ce sujet?

Au sujet des téléconsultations en pédopsychiatrie, docteur Crommen, je conçois très bien les forces et les atouts de manière générale en situation de crise et de manière particulière pour la pédopsychiatrie en situation de crise. Je vois aussi certaines limites. Les confirmez-vous? Y a-t-il des éléments pouvant échapper aux téléconsultations en lieu et place des consultations plus conventionnelles? Y a-t-il des balises à leur poser pour le futur afin d'en tirer toutes les forces et les atouts et pour éviter les risques et les limites des téléconsultations?

Enfin, au sein du groupe "psychologie corona", l'enjeu de la vaccination est majeur. Sur les réseaux sociaux, il y a de nombreux discours anti-vaccins. Dans les discours portés de façon plus globale, politique et médiatique, on met fort en évidence les X % qui ne veulent pas se faire vacciner alors que je vois pourtant une multitude de personnes qui piaffent d'impatience à l'idée de se faire vacciner. Ne faudrait-il pas basculer vers une communication plus positive, tendant à ramener la population vers un objectif commun? C'est comme cela que l'on va tous sortir de notre galère: à travers des objectifs communs. La vaccination est notre porte de sortie et une belle manière de donner un espoir à la population et de fédérer les énergies d'une grande majorité de la population.

Auriez-vous dès lors des recommandations à faire en matière de communication sur la vaccination? Le défi est, il me semble, majeur pour les semaines et les mois à venir. Votre expertise à cet égard est sûrement intéressante. Êtes-vous associé par le biais du groupe corona à ces réflexions? Sinon, pensez-vous que vous devriez l'être? Je vous

remercie.

**Robby De Caluwé** (Open Vld): Ik heb uit de tussenkomsten van de collega's begrepen dat wij het er allemaal over eens zijn dat de geestelijke gezondheid belangrijk is en dat daaraan, zeker in het begin van de crisis, onvoldoende aandacht is besteed. De geestelijke gezondheid werd natuurlijk ook pas later, naarmate de crisis langer duurde, een duidelijk probleem. Het maakt niet uit wie hierop antwoordt, maar hoe zou dat structureel kunnen worden aangepakt? Op welke manier moeten deze aspecten worden meegenomen? Via welke organismen en vooral in welke fase van de besluitvorming en de crisis moet men de geestelijke gezondheid ook meenemen in de besluitvorming?

Mevrouw Van Leuven, u gaf aan dat men meer naar artsen moet luisteren, maar tijdens deze en ook heel veel andere hoorzittingen hoor ik eigenlijk een contradictie, want er wordt soms ook gezegd dat er te veel naar sommige artsen wordt geluisterd, naar virologen, naar epidemiologen en te weinig naar andere domeinen in de gezondheidszorg. Het is ook uit deze hoorzitting gebleken dat er soms te veel is geluisterd naar bepaalde artsen. U verwees bijvoorbeeld ook naar dokter Wathelet, die – ik heb het artikel over het deels heropenen van de scholen opnieuw opgezocht – op 13 november het volgende zei: "*Rouvrir les écoles lundi est une décision non seulement odieuse, mais aussi criminelle.*" Er is, onder anderen door mevrouw Crommen, duidelijk gemaakt dat het openen van de scholen belangrijk was voor het mentaal welzijn van de jongeren. Hoe kan dat dan worden gerijmd?

Aangezien de heer Yzerbyt even naar buiten is gegaan, zal ik hem straks mijn vraag doorspelen. Hij had het erover dat het beter is om mensen te motiveren op basis van perspectief en dat men dat moet doen op basis van criteria in plaats van op een datum. Ook daar hebben wij inmiddels echter de grenzen van gezien: als de epidemie lang duurt en op een redelijk hoog plateau blijft, dan treedt er vermoeidheid op en komt er grote maatschappelijke druk om bepaalde kleine bakens te verzetten. Men vraagt dan bijvoorbeeld om de horeca te heropenen, omdat de cijfers al lang op een bepaald niveau zitten. Dat was een tweetal weken geleden ook de oproep van een bepaalde partij in het Parlement, omdat de cijfers toch al heel lang stabiel waren. Er zijn ook pogingen geweest om met een barometer te werken.

Hoe werkt men het best? Men kan zeggen dat er een drempel is gelegd op 150 besmettingen per dag, maar als men op een bepaald niveau blijft hangen dat hoger ligt dan die 150 besmettingen,

dan weten wij niet wanneer die drempel zal worden bereikt en dan treedt de drang op om bepaalde regels te versoepelen. Hoe kunnen mensen gemotiveerd worden gehouden om toch naar de drempels te blijven kijken en niet zozeer data te gebruiken?

Mijnheer Yzerbyt, u gaf ook aan dat het middenveld werd verhinderd om initiatieven te nemen. Kunt u dat wat meer toelichten? Elke vereniging kon toch allerlei initiatieven ontwikkelen om met haar leden en haar netwerk te blijven communiceren?

De **voorzitter**: Er werden heel veel vragen gesteld, wat aantoont dat er grote interesse is voor dit thema. Dat is het positieve van de hele zaak. Ik weet niet goed hoe we het nu verder moeten aanpakken. Ik denk dat heel veel vragen die nu werden gesteld al schriftelijk door u werden beantwoord. Als dat het geval is, dan kunt u gerust verwijzen naar dat schriftelijk antwoord. De leden hebben dat immers pas laat doorgestuurd gekregen, dus ik kan begrijpen dat zij het niet helemaal hebben kunnen doornemen.

Ik stel voor dat ik u alle drie om de beurt het woord geef. We hebben nog iets meer dan een uur. Ik weet dat dit heel weinig is en we zullen zien waar we geraken, maar ik vrees wel dat we over onze tijd zullen gaan.

Ik geef eerst het woord aan mevrouw Crommen.

**Sofie Crommen**: Ik dank u voor alle boeiende vragen. Ik zal ook verwijzen naar mijn tekst, maar op een aantal zaken wil ik zeker ingaan.

Wat betreft de vraag van mevrouw Depoorter rond de studentenverenigingen en wat deze kunnen doen, het effect van de top-downmaatregelen op de bevolking, en dus ook op de studenten en de studentenverenigingen, is een houding van gelatenheid, afwachting en passiviteit. Wij mogen niets meer doen. Het is belangrijk dat de overheid en het onderwijs het belang van de studentenverenigingen erkennen en hen aanspreken in hun rol als studentenvereniging en hen aanmoedigen om zaken te organiseren en dat te blijven doen, ook tijdens deze pandemie.

Dat kost niet veel geld of moeite, maar het is vooral een psychologische erkenning van het belang van die verenigingen. Uit mijn eigen ontmoetingen met de studentenverenigingen bleek dat zij zich daarvan vaak helemaal niet bewust waren. Zij waren lamgeslagen en waren zich helemaal niet meer bewust van het feit dat zij als studentenvereniging toch het verschil kunnen maken.

Dan moeten die mensen, en die zijn slim genoeg, aangemoedigd worden om *out of the box* te denken, om te bekijken wat ze nog kunnen doen ook al zijn er veel dingen niet meer toegelaten. Daarmee wil ik ook zeggen dat het belangrijk is om te focussen op de dingen die wel nog kunnen en om niet steeds te gaan vergelijken met normale studiejaren of studentenjaren. Dan krijgt men immers een soort van demotiverend gesprek.

Men moet eigenlijk inzetten op de dingen die wel nog kunnen, niet de traditionele drinkcantussen, maar op andere dingen. Dat kan dan gaan over sportactiviteiten in kleine groepjes. De studentenvereniging kan daarin dan motivator en organisator zijn die de mensen op gang moet duwen. Een babbelbox voor en na de onlinelessen kan ook, net als een onlinequiz en in groepjes samen studeren. Nogmaals, de studentenvereniging kan de motor daarachter zijn. Als men dat allemaal overlaat aan de studenten zelf, komt het er soms wel van maar bij een georganiseerde structuur gaan veel meer mensen hun weg daarheen vinden.

Mijnheer Prévot, u vroeg wat de dringende dingen zijn om te doen. Wat moet er dringend gebeuren? Wat zijn de dringende maatregelen voor het welzijn van kinderen en jongeren? Die medium-carebedden voor kinderen en jongeren met anorexia nervosa is een dringende zaak. Ik wil daarvoor ook verwijzen naar mijn collega-kinderpsychiater Annik Simons, die hoofd is van de vereniging voor eetstoornissen. Zij zitten met de handen in het haar. Dat is zeker een dringende zaak.

Ook een verhoogde capaciteit voor de ambulante sector moet er dringend komen. Het gaat dan niet alleen over de eerstelijnspsychologen maar ook over de tweede lijn, die moet natuurlijk ook versterkt worden. Ook moeten er residentiële bedden zijn voor complexe psychiatrische beelden, met voldoende personeel. Zo kan een voldoende intensieve zorg worden geboden aan de complexe psychiatrische beelden die wij vandaag zien en kunnen ook crisissen opgevangen worden.

Dat sluit ook een beetje aan bij de vraag van mevrouw Sneppe over het budget van de geestelijke gezondheidszorg en dergelijke. Eigenlijk heeft de geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel inderdaad nood aan een compleet hertekend masterplan. Alles moet herdacht worden, want er is een serieus onevenwicht.

Wij hebben inderdaad 80 % van het budget besteed aan residentiële werking en dat is een zeer hoog cijfer dat bij de hoogste zit van de OESO. De globale investering in de geestelijke

gezondheidszorg is in België echter veel te laag. Wij zouden 10 % van het totale gezondheidsbudget moeten investeren in geestelijke gezondheidszorg en 12 % zou zelfs nog beter zijn. We komen echter slechts aan 6 %. Van het budget dat aan de geestelijke gezondheidszorg wordt besteed, zou er 25 % naar kinderen en jongeren moeten gaan. Nu is dat echter slechts 6 à 7 %. Er is dus sowieso een te laag budget en het wordt bovendien niet goed geïnvesteerd.

Er is een onevenwicht tussen de residentiële sector, de preventie en de vroegdetectie. Preventie en vroegdetectie worden eigenlijk volledig tekortgedaan. De ambulante sector wordt volledig tekortgedaan via PH-voorzieningen waar heel veel kinderen en jongeren met chronische kinderpsychiatrische problemen verblijven. Het jongerenwelzijn en de sector van de jeugddelinquentie worden eveneens tekortgedaan. Er wordt te weinig in geïnvesteerd, waardoor problemen escaleren en men uiteindelijk terechtkomt in de reguliere K-diensten van ziekenhuizen of in de diensten voor de delinquenten. Een volledige hertekening dringt zich echt op.

Ik wil nog even terugkomen om een opmerking van mevrouw Farih over de wachttijden voor kinderen en jongeren bij de mobiele teams. Die wachttijden zijn namelijk langer dan voor volwassenen. Dat is een pertinente vraag en daar bestaan heel wat misverstanden over. Het werken met kinderen en jongeren in de kinder- en jeugdpsychiatrie of in een kinderpsychologische setting vergt veel meer tijdinvestering dan het werken met volwassenen. In de volwassenenpsychiatrie en de volwassenenzorg werd er tot nu toe heel sterk gefocust op de individuele patiënt. Er begint nu langzaam een tendens te ontstaan waarbij men inziet dat ook de omgeving en de familie belangrijk zijn. Dat zijn hulpbronnen. Men zit in de volwassenenpsychiatrie al heel te focussen op de volwassen psychiatrische patiënten zelf en pas recent begint men ook naar de familie te kijken.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie is dat een totaal ander verhaal. Wij hebben vanaf het begin van ons ontstaan, en dat is eigenlijk nog maar kort, heel erg moeten werken met de families. Als wij kinderen en jongeren wilden helpen, hadden wij die ouders nodig. Dat maakt ons werk dus ook veel complexer. Wij kunnen niet enkel dat kind van vier jaar zien, daar een klapke mee doen en zeggen: kijk, zo moet het zijn. Wij hebben de hele context nodig. Wij hebben die ouders nodig, wij hebben die scholen nodig. Dat is veel complexer werken. Ik denk dat dit voor een deel een antwoord is op uw vraag. Dit maakt dat onze wachttijden inderdaad

nog langer zijn, omdat ons werk eigenlijk ook complexer is per individuele casus.

De heer Prévot en mevrouw Fonck hebben een aantal vragen gesteld in verband met de teleconsultaties. Die teleconsultaties zijn toch wel zeer belangrijk geweest. Ik moet mij deze crisis niet voorstellen zonder die mogelijkheid tot onlineconsultaties, dat was echt helemaal een ramp geweest. Nu hebben we die mogelijkheid gehad en dat heeft toch wel heel wat zorg kunnen continueren. Zeker voor kinderen en jongeren hebben we heel wat kunnen doen via die teleconsultaties omdat de meeste jonge mensen, en jonge ouders toch wel toegang hebben tot internet. Niet iedereen, dat is zeker zo, maar we hebben toch heel wat kunnen realiseren met die teleconsultaties. Maar er zijn zeker ook beperkingen aan, dat wil ik absoluut niet ontkennen. Nieuwe patiënten vinden op deze manier natuurlijk niet hun weg. Het is heel moeilijk om vertrouwen, om een werkrelatie op te bouwen via een teleconsultatie. Dat is eigenlijk quasi onmogelijk. Men kan dat bijna alleen gebruiken voor mensen die men kent, gekende mensen. Kwetsbare gezinnen hebben ook vaak veel moeite met teleconsultaties, ze hebben niet de mogelijkheden. Maar ook bepaalde problematieken zoals psychotische kinderen, kinderen met ontwikkelingsstoornissen zoals autismespectrumstoornis, kinderen met een laag zelfbeeld die weigeren om zichzelf op een camera te zien en niet willen kijken naar zichzelf, hebben vaak heel veel moeite met teleconsultaties. Men bereikt er echt niet iedereen mee.

U zal begrijpen dat zeer complexe therapeutische gesprekken op die manier moeilijk zijn.

Voorts is bij teleconsultaties ook nog altijd het aspect privacy van belang. Bij een teleconsultatie weten de deelnemers niet wie meeluistert. Dat schept ook moeilijkheden. Als alleen de hond meeluistert, is het niet zo erg, maar als ook over moeilijke dingen wordt gesproken, dan heeft de therapeut of arts graag een zicht op wie die woorden hoort of wie kan meeluisteren. Privacykwesties zijn dus ook aan de orde. Desalniettemin zijn wij er super dankbaar voor dat deze crisis zich niet bijvoorbeeld twintig jaar geleden heeft voorgedaan, want dan was het een nog veel grotere verschrikking geweest.

Ook in de toekomst menen wij daar zeker veel baat bij te hebben. Wij denken namelijk dat teleconsultaties hun nut zullen blijven hebben. Ook zien wij dat overleg met scholen op deze manier supergemakkelijk verlopen. Het vergt namelijk een grote tijdsinvestering als de school naar de praktijk of het CGG moet komen. Teleconsultaties zijn dus

een heel handig hulpmiddel en scholen maken daar dankbaar gebruik van, aangezien zij snel veel input krijgen en weinig tijd verliezen. In die zin heeft teleconsultatie ook in de toekomst zeker een plek. Ik vernoem ook de *blended care*, bijvoorbeeld als kinderen en jongeren in de praktijkruimte gezien worden en daarna per teleconsultatie verder worden opgevolgd. Dat zal ook in de toekomst zeker zijn nut blijven hebben.

De heer Prévot vroeg naar studies daarover. Aan de VUB loopt momenteel een studie door professor Frieda Matthys over teleconsultaties. Ik hoop dat zij zich ook op kinderen en jongeren richt, maar ik ben er niet zeker van.

Mevrouw Leroy stelde een vraag over een soort van driehoek tussen leerkracht, leerlingen en ouders. Zelf denk ik daarbij ook aan de zorgverleners. De kinderartsen en kinderpsychiaters voelden ook de grote nood aan om te komen tot platformen, overleg of contactmogelijkheden met ouders, kinderen en jongeren, maar ook de leerkrachten, omdat er heel veel vragen leefden bij die groepen. Dat merken wij in onze consultaties natuurlijk ook. Om die reden heeft de Belgian Pediatric Task Force het JOY Platform in het leven geroepen om informatie te verspreiden en om online te verbinden.

Dat vergt zeker in de toekomst zeker onze aandacht.

Ik verwacht zo meteen patiënten, dus ik zal hier afronden met mijn voornaamste reacties.

De **voorzitter**: Daar hebben wij alle begrip voor, uiteraard. We zullen u straks zeker en vast uw patiënten laten helpen.

**Vincent Yzerbyt**: Monsieur le président, mesdames, messieurs, je vous remercie pour l'ensemble des questions qui ont été posées. Elles permettent vraiment d'ouvrir un certain nombre de chapitres intéressants. J'en profite pour remercier la commission et le Parlement, plus généralement, pour cette opportunité. Il me paraît important qu'il y ait des lieux de discussions et d'échanges comme celui-ci. Singulièrement, pour répondre en écho à ce que Mme Fonck disait en début d'intervention, nous n'avons, effectivement, pas eu beaucoup l'occasion de manifester des avis ou des expertises auprès de représentants politiques ou de décideurs. Et l'absence de lieux comme celui-ci lors du début de la crise a peut-être empiré cette situation.

Je suis d'autant plus ravi de parcourir rapidement les questions que je laisserai encore du temps à Mme Van Leuven de répondre également. Je

commencerais par la première série de questions relatives à la communication. Si j'ai bien saisi le sens de la question sur la difficulté de relation entre la partie dédiée aux experts et celle dédiée aux décideurs politiques – c'est Mme Depoorter qui m'invitait à aborder cet aspect – je crois qu'il y a une difficulté majeure si, dans l'esprit de la population, la confusion est entretenue entre qui propose et qui décide.

Effectivement, il faut bien pouvoir cerner les rôles de chacun. Ce fut une des difficultés au cours de la crise à certains moments, où il n'était pas tout à fait clairement établi qui était en charge de quoi exactement. Ce qui m'a frappé, c'est aussi le fait que les experts n'étaient pas nécessairement en désaccord sur des points capitaux. Cependant, il est très difficile pour la population dans son ensemble de suivre des débats qui sont, parfois, complexes ou sur des aspects difficilement "explicitables" dans des conférences de presse ou des cénacles médiatiques.

J'en profite pour saluer l'initiative à l'époque d'Erika Vlieghe, qui a rassemblé au palais des Académies les scientifiques et a permis, à un certain moment, de calmer le jeu sur la manière dont tout un chacun intervenait dans le débat public. En tout cas, il a toujours été dans les intentions des psychologues du groupe "psychologie et corona" de veiller, d'une part, à ce que dans les deux communautés linguistiques, on se parle un maximum et, d'autre part, entre disciplines de psychologie, on échange, notamment en lien avec le Conseil supérieur de la santé et d'autres instances, avec la task force pédiatrique, et avec bien d'autres intervenants. Nous avons essayé de parler en coulisses, non pour tenir secrets ces débats, mais pour faciliter la communication à la population, afin qu'ensuite, elle entende un message cohérent et consistant. C'est une partie aussi du travail.

Cela rejoint ce qui a vraiment été notre credo, à savoir le travail de prévention. C'était notre leitmotiv. Nous avons d'emblée opté pour un travail qui visait à réduire le coût en termes de santé mentale en prévenant les choses plutôt qu'en essayant d'arriver en qualité de pompiers. Nous l'avons dit à plusieurs reprises dans notre communication.

Une question de Mme Depoorter portait sur le passeport vaccinal. Je dois vous dire que nous venons de finaliser une note du groupe "psychologie et corona" sur le passeport vaccinal. Nous entendons les discussions. Notre position est plus que réservée, oserais-je dire, même, négative, dans la mesure où c'est quelque chose qui nous semble, à l'heure actuelle du moins, diviser énormément la population. Nos enquêtes montrent

qu'à peu près la moitié de la population est pour et l'autre moitié contre. Vous avouerez que dans ces conditions, il est très compliqué d'avancer sur ce terrain; je pense qu'il n'est pas clair du tout qu'on puisse trancher avant que l'on ait d'abord réglé le problème de la vaccination d'une toute grande majorité de la population. Je ne sais pas quelle est au final la position que prendront les autorités au niveau national ou européen, mais je crois, en tous cas, que c'est quelque chose qui pose de sérieuses questions juridiques, éthiques et sociales, en matière de discrimination, comme l'illustre le fait que, pour l'instant, les gens qui pensent devoir attendre le plus longtemps pour avoir le passeport vaccinal, ce sont les jeunes. Tout cela est de nature à ajouter encore au stress du côté de cette population qui attend de pouvoir retrouver des contacts sociaux.

C'est vrai que la communication doit être claire. Quand on parle de communication *top down*, je voudrais également insister sur une distinction qui est importante pour nous: une chose est de communiquer de *manière top down* – c'est-à-dire qu'il faut une ligne de commandement, et un *leadership* qui soit relativement bien identifié et non contesté. C'est évidemment difficile de faire cela dans les règles de l'art, et il doit y avoir place pour le débat. Mais si une chose est d'avoir un message qui soit cohérent, consistant, et présenté au public de façon limpide, une autre chose est d'avoir des *mesures* qui sont *top down*. Je pense que les mesures dont on parlait avec Mme Van Leuven, notamment, aussi, c'est le fait que ces mesures sont parfois décidées sans donner de place à l'implication et à la prise de participation des personnes concernées. Donc quand les mesures sont décidées sans penser à la possibilité de créativité ou d'intervention à partir du terrain, sans implication autorisée des acteurs de terrain pour aménager ces mesures, cela devient en effet un ensemble de *mesures top down* qui ne tiennent pas compte des réalités de terrain, et qui sont alors très difficiles à gérer.

Toujours du côté de la communication, il n'y a aucun doute sur le fait que la communication puisse être empathique. Il est même important qu'elle le soit. Ce qui est plus important à nos yeux aussi, c'est qu'elle soit également porteuse de mesures compréhensibles pour la population et qui soient, j'insiste de nouveau, des mesures qui laissent la place à une dose d'autonomie, à l'implication. Le fait que les citoyens puissent s'impliquer dans les mesures, puissent prendre leur part du fardeau, est important et n'a pas grand-chose à voir avec le fait qu'on soit empathique ou pas. Bien sûr qu'il vaut mieux l'être que ne pas l'être.

La question de la clarté est un autre point que je voulais souligner en réponse à plusieurs questions. Dans la manière de communiquer - et pour cela Madame Leroy, si je ne me trompe pas, vous avez tout à fait raison de le mentionner - il ne s'agit pas tant de donner des objectifs, que des étapes, car on ne monte pas au sommet du mont Ventoux en pensant uniquement à la ligne d'arrivée. Chaque tournant et chaque lacet doivent être pensés.

Mais vous avez raison: il faut donner des raisons d'espérer! Je reste dubitatif sur la manière dont on a constamment été d'un côté comme de l'autre, suscitant des incompréhensions au sein de la population. Cette semaine encore, j'ai vu de nombreux restaurateurs prendre des commandes pour le 1<sup>er</sup> mai parce qu'il leur est acquis que le 1<sup>er</sup> mai, ils vont pouvoir rouvrir. Je crois que c'est une grosse erreur de communication et une grosse maladresse de montrer ce genre de choses dans les médias.

Il faut être attentif à recourir à des balises qui soient progressives et, en cela, le baromètre est un outil que nous avons voulu d'emblée souligner comme étant utile. Je parle ici d'un baromètre qui n'est pas celui de la motivation (notre étude de l'Université de Gand, de la KU Leuven, de l'UCLouvain et de l'ULB) mais je parle d'un baromètre qui soit présenté à la population pour rendre compte de la situation de façon simplifiée plutôt que de montrer des chiffres qui sont compliqués et dont on n'apprécie pas toujours le sens. Ainsi, les incréments notés ne sont sans doute pas bien cernés et sont dès lors créateurs d'anxiété plutôt que de réelle perception de risques.

Je ne me souviens pas que l'on ait parlé de cette façon pour ce qui concernait le terrorisme (avec des chiffres précis du nombre d'interventions sur la voie publique ou du nombre de difficultés concrètes rencontrées). On a fourni un baromètre avec des niveaux d'alerte. Nous avons très tôt suggéré au cours de la crise de montrer un niveau de situation avec des couleurs et des codes qui soient relativement clairs sans asséner jour après jour à la population des chiffres assez durs à enregistrer et qui engendrent plutôt une forme de rejet pour une partie importante de la population.

Sur le plan de l'importance d'avoir une prise en main des étudiants et des jeunes dans la façon de gérer la crise, je me plais à rappeler que, dans les instances que je connais, comme les services d'aide des universités, par exemple, ces services ont travaillé de façon constante et ont été complètement submergés. Dans plusieurs universités, les fondations associées, comme la Fondation Louvain, ont fait appel à des dons pour offrir des ordinateurs aux étudiants nécessiteux.

Énormément de choses ont été faites.

Il ne faut donc pas du tout croire qu'il y a eu des absences d'intervention à des niveaux plus locaux, sur le terrain. Beaucoup a été fait. Mais ces services sont en temps normal déjà débordés. On se trouve devant des situations qui, à l'instar de ce que l'on rencontre dans les centres de santé mentale, sont catastrophiques pour faire face à la demande.

En ma qualité de psychologue social, une réflexion m'est venue en vous écoutant et je voudrais vous faire part d'un sentiment un petit peu de dépit. Je crois que, quand nous sommes face à des chiffres de virologie, tout le monde s'accorde à dire qu'il ou elle n'est pas virologue. Moi, je ne le suis pas. Je ne suis pas compétent. Je ne suis pas épidémiologue non plus. Mais je suis parfois frappé sur les plateaux de télévision de voir les uns et les autres s'exprimer sur des problèmes psychologiques ou de santé mentale sans la moindre vergogne. Je crois qu'il faut pouvoir avoir aussi dans ces matières de l'humilité et un certain type de réserve, parce que, lorsqu'on parle de santé mentale, il faut pouvoir reconnaître ses limites, lorsqu'on parle de santé physique aussi. Je crois que c'est important pour clarifier le débat parce qu'à défaut on peut vite instrumentaliser des choses. On instrumentalise la santé mentale et on brandit le terme de santé mentale à tout-va alors qu'en réalité, je suis heureux de voir autour de moi des spécialistes bien plus que moi travailler sur la santé mentale. C'est à ces personnes-là qu'il faut s'adresser en priorité.

Je pense avoir répondu à Mme Farih sur la question du baromètre. J'espère qu'elle est satisfaite des réponses sinon je serai heureux de compléter.

Je voudrais revenir sur l'intervention de Mme Fonck sur la question du préventif. Je vais donner un exemple sur quelque chose qui nous a paru extrêmement important et qui a été totalement laissé pour compte dans les premiers temps de la pandémie. C'est l'importance de l'activité physique. On l'a dit avec Mme Crommen, la santé physique et donc l'activité physique, le sport, est un élément très important. Nous avons produit un rapport sur l'importance de bouger, de faire du sport, de participer à des activités physiques. Prévenir les choses, c'est effectivement ce qu'a d'ailleurs rappelé Mme Fonck, c'est éviter de pénaliser des enfants en les privant d'une activité extrascolaire, en particulier les activités physiques, sous prétexte de donner à d'autres enfants plus âgés des opportunités d'activités physiques. C'est typiquement le genre de cas où la prévention, au sens global du terme, et des dividendes en matière

de santé mentale n'ont pas été examinés, me semble-t-il, dans une vision synthétique. On pouvait à la fois donner des choses à des jeunes qui en avaient bien besoin et compenser par d'autres mesures dans des secteurs tout à fait différents. De nouveau, j'insiste sur cette intégration des besoins. On travaille souvent par silos et on handicape les uns par rapport aux autres.

J'ai le souvenir que les mouvements de jeunesse, pendant les grandes vacances, n'ont pas donné lieu à une catastrophe en matière épidémique. Il me semble que nous pouvons faire confiance à des jeunes; nous pouvons faire confiance à des activités faites par des jeunes en milieu ouvert et en milieu naturel. Cela n'est pas très risqué. Je pense qu'il eût été intéressant de tabler sur les jeunes. Ce message-là a été très mal compris par les parents d'enfants plus jeunes et par les enfants en particulier.

Madame Fonck, vous me demandiez si nous avions le sentiment d'être écoutés et parfois entendus. Il me semble que nous avons eu une très bonne écoute en tout début de crise, avec le centre de crise qui nous consultait très régulièrement pour ajuster des communications. Cela n'a plus du tout été le cas pendant un long moment et, en particulier, pendant la période désastreuse à la fin des vacances, où il y a eu un relâchement absolument majeur dans la motivation de la population. Cela nous a beaucoup inquiétés. Nous en avons d'ailleurs effectivement vu les effets ultérieurement.

Nous avons, depuis sa création, seulement un membre de "psychologie et corona qui est intégré au GEMS. Pour les autres instances, je dois vous dire que nous avons sollicité à maintes reprises la task force vaccination. Nous n'avons jamais eu d'écho, si ce n'est très récemment, il y a une semaine, où j'ai eu le plaisir d'être invité pour une réunion sur la communication.

Je pense qu'il était temps, parce qu'il y a des choses à faire en matière de vaccination. Nous allons produire un rapport la semaine prochaine sur quatre mois d'observation sur les vaccinations et l'intention de vaccination. Je dois vous dire que les chiffres sont plutôt rassurants. La population semble relativement peu encline à se laisser aller à des discours complotistes et antivaxx. Les chiffres sont stables à cet égard; et nous sommes heureux de voir que les chiffres montent du côté des populations qui étaient un peu moins enthousiastes par rapport à la vaccination.

Je pense que cela rejoint une proposition que nous avons faite en tout début de campagne de

vaccination, en disant: "De grâce, laissez vacciner les gens motivés, et parlons de ces gens motivés!" Les gens motivés vont en entraîner d'autres. C'est un effet psychologique absolument majeur, qui s'appelle le *bandwagoning*. C'est l'effet d'entraînement. Il faut montrer, il faut proposer à la population des actes positifs, des actes qui font état de la satisfaction de citoyens par rapport à la vaccination. Bien entendu, il faut espérer que les couacs qui se sont déroulés ne sont pas de nature à se répéter.

À cet égard, encore pour la vaccination, je n'insisterai pas assez sur le constat que nous faisons en "psychologie et corona" de l'importance du médecin généraliste et, de manière générale, du personnel soignant, en ce compris d'ailleurs les pharmaciens. Ce sont des acteurs absolument incontournables de la campagne de vaccination. C'est vers eux que se tournent les gens.

Il s'agit donc de s'assurer que ces personnes puissent informer correctement. J'espère qu'avec l'arrivée de nouveaux vaccins qui demandent moins de précautions au niveau du transport et de la conservation, les médecins généralistes pourront vacciner ardemment.

**Frédérique Van Leuven:** Monsieur le président, toute une série de thématiques apparaissent dans les questions. La première qui a été abordée par Mme Depoorter a trait à l'accès aux données transmises via internet. Je voudrais rappeler qu'il y a trois freins. Le premier est celui de l'alphabétisation. En effet, au moins un Belge sur dix a du mal avec la lecture et l'écriture. Le deuxième frein, c'est l'accès au réseau. Le troisième frein, c'est la capacité à utiliser des données internet complexes.

Le Conseil Supérieur de la Santé a procédé à une enquête Delphi auprès des professionnels qui signalent clairement que le passage au distanciel qui les a coupés de la population constitue un problème majeur. Une des données évidentes a trait à l'accès. Il n'y avait plus de points wifi gratuits. Il faut savoir qu'un wifi coûte cher, qu'une série de personnes ne peuvent pas se l'offrir, et que la 4G n'est pas disponible partout. Il y a aussi la question de la capacité à utiliser des données complexes. Pour vous donner un exemple, une dame âgée de mon entourage a reçu sur son gsm un code composé de chiffres et de lettres en vue de se faire vacciner. Elle ne savait pas comment faire. En fait, elle devait le recopier sur le Doclr. Mais n'étant pas informée et formée, comment voulez-vous qu'elle puisse le faire? On l'a envoyée chez son généraliste. Mais les généralistes ont autre chose à faire pour le moment. On lui a finalement conseillé de se rendre chez son pharmacien qui

pourra peut-être l'aider. Il s'agit ici d'un exemple de ce qui peut se passer quand on informatise tout. Il est absolument impossible de baser la santé d'un pays en misant tout sur l'informatisation.

Je tiens à remercier le chien de Mme Depoorter d'avoir rappelé la situation des travailleurs de terrain! Parce que c'est une des situations auxquelles nous avons été confrontés. Il y a beaucoup de psychologues, d'intervenants psychosociaux, etc. qui sont des mères seules avec des enfants et qui ont dû travailler en présentiel avec parfois un jeune enfant auprès d'elles.

C'est une des difficultés qui est remontée des professionnels. Tout dépend aussi de comment vous pouvez aménager la situation chez vous, à votre domicile. Avez-vous le matériel? Avez-vous accès? Certaines personnes qui vivent dans une seule pièce se sont retrouvées dans leur chambre à coucher à gérer des menaces suicidaires graves le soir et qui doivent dormir dans la même pièce. C'est extrêmement compliqué à gérer chez soi. Cela fait partie de la question, notamment de savoir comment accompagner un personnel soignant quand il est mis dans ce type de situation.

Enfin, j'ajouterai que la téléconsultation ne donne pas systématiquement accès à la réalité des patients. On s'est rendu compte qu'au téléphone ou en téléconsultation, les patients avaient tendance à dire "ça va, ça va". En équipe mobile 2B, on s'en est rendu compte au niveau des problématiques chroniques et complexes. Les gens disaient que ça allait mais, quand on est retourné sur le terrain, c'était la catastrophe. C'est arrivé en situation de crise aussi. Au téléphone, on vous dit "ça va" et, puis, quand vous êtes sur place, l'écart entre ce que les gens disent et la réalité sur place est considérable. C'est un outil intéressant. Je suis d'accord avec le Dr Crommen qu'on pourra continuer à l'utiliser mais il faut faire très attention car il ne reflète pas la réalité.

Je reviens maintenant à une question de Mme Leroy sur l'utilisation de l'aide sociale. Il est vrai que de l'aide sociale a été aménagée. Ceci dit, cette aide sociale s'est quand même adressée à des personnes qui étaient dans des catégories, dans une case. On n'a absolument pas parlé de toutes les personnes qui ne sont pas dans des cases, ce qu'on appelle "l'économie grise" et j'ajouterai même l'économie au noir qui est beaucoup plus importante qu'on ne pense. C'est là le problème. Ce sont tous ces étudiants qui travaillaient un peu au noir, etc. et qui se sont retrouvés à avoir faim. Il y a aussi les artistes, et leur recours aux banques alimentaires, etc. Les aides sociales n'ont certainement pas couvert toute

une série de situations qui ne sont pas dans des cases.

Pour les aides aux CPAS, une des difficultés avec les CPAS, c'est qu'ils fonctionnent de manière très hétérogène. Certains fonctionnent super bien. Certains ont même fait du présentiel. Mais certains CPAS sont toujours en distanciel, ce qui est complètement détaché de la situation des usagers. Pour vous donner un exemple d'un CPAS, voici peu, les gens devaient faire la file dans la rue où se trouvait un petit guichet au parlophone et déclinaient leur situation sociale devant tous les autres dans la file pour l'expliquer à la personne qui était de l'autre côté du parlophone, dans le bâtiment. Je pense qu'il y a un écart, d'une part, entre les subsides qui ont été donnés et, d'autre part, cette situation en distanciel qui ne correspond pas à la réalité des usagers.

Une deuxième réalité qui ne correspond pas, c'est le personnel. Les CPAS se sont retrouvés à devoir gérer toute une série de situations, parfois 200 situations par personne, sans augmentation de personnel. Comment voulez-vous qu'ils répondent alors aux nouvelles demandes?

On a eu la difficulté dans les mutuelles aussi. Je le dis dans une de mes réponses mais je trouve qu'il est important de le souligner. Si quelqu'un qui est en difficulté avec sa mutuelle vient au service de santé mentale pour essayer de gérer cela, cela peut aller jusqu'à deux heures de liste d'attente. Une ligne bloquée au service de santé mentale parce que vous êtes vingt-cinquième en liste d'attente à la mutuelle. Donc c'est la même chose au niveau de la première ligne. La question du renforcement du personnel est essentielle.

Ensuite, pour les CPAS, puisque l'aide a été largement donnée aux CPAS, il y a la question de l'accessibilité. On l'a répété suffisamment. Beaucoup d'indépendants n'ont pas la culture et n'iront pas au CPAS pour faire ces demandes. Il faudra penser aides directes, sans passer systématiquement par un CPAS, sachant aussi que, malheureusement, la culture du contrôle règne dans beaucoup de CPAS. Pour des personnes qui viennent d'une situation très autonome, etc., la question de ce contrôle est complètement insupportable.

Ceci dit, je pense que la réforme de santé mentale est un des axes très intéressants de la réforme 107 en santé mentale. Elle vise justement à mettre les opérateurs ensemble et à construire des projets. On se rend compte, par exemple, dans les services de santé mentale, que des personnes qui ont besoin d'une aide du CPAS n'y arrivent pas. L'accessibilité ne fonctionne pas, le dossier n'arrive

pas, il n'est pas traité. Je pense qu'il serait très intéressant que les CPAS puissent déléguer quelqu'un qui travaille pour eux dans une maison médicale, dans un service de santé mentale, dans les services de première ligne, pour faire le pont, là où les demandes arrivent, et pour qu'elles puissent être amenées jusqu'au CPAS, et qu'il y ait une facilité de communication, une facilitation des dossiers, qui permette de les traiter beaucoup plus rapidement. Dans la question des choses à mettre en place, la question de la mobilité, de la transdisciplinarité, avec des personnes qui l'incarnent, est un point vraiment intéressant.

Dans mon expérience de la réforme 107 en santé mentale, depuis sept ans, je trouve que les comités de réseau sont vraiment des lieux passionnants où l'on peut inventer toutes sortes de solutions. Le problème est que parfois, les beaux exemples, et même les mises en pratique qu'on arrive à mettre en place, ne remontent pas systématiquement au sommet.

Une troisième question est celle qu'a posée M. Prévot au sujet de l'inclusion. C'est évidemment essentiel. Quand on dit que les problèmes de santé mentale et d'invalidité augmentent, c'est bien évidemment lié à la place dans la société de personnes qui sont parfois fragiles, différentes, etc. Je pourrais vous donner l'exemple d'un ouvrier communal, que j'ai suivi voici quelques années. Il travaillait à la déchetterie - à l'époque, communale -, adorait son métier et le faisait très bien. Quand la déchetterie a été privatisée, il a perdu sa place, parce qu'il était "un petit peu étrange", qu'il avait un côté "un peu autiste". Il n'a pas pu être réengagé et s'est retrouvé au chômage. Comme il n'a pas pu respecter ni appliquer les consignes très particulières qu'on lui donnait, il s'est retrouvé au CPAS, qui l'a envoyé au service handicap.

Bref, on voit combien la question de l'inclusion est centrale dans la fabrication de catégories de santé mentale, qui viennent toujours alourdir le dispositif. De même, l'allongement de la carrière a aussi ramené du côté de l'invalidité de nombreuses personnes qui n'étaient plus capables de fournir les mêmes efforts que les autres. Il faut aussi voir quelle est la participation de quelqu'un au monde du travail. Cela ne se mesure peut-être pas uniquement en termes de puissance et de temps de travail. On peut aussi apporter d'autres critères. Tout est une question de culture de ce qu'est le travail.

Par ailleurs, je trouve que la notion de santé mentale dans notre pays est beaucoup trop individualisée. On vise toujours les soins individuels. Or, dans la question de ce fameux plan

"suffisamment ambitieux", il importe de ne pas penser par tranche. C'est comme un drap: si vous tirez d'un côté, il se détachera de l'autre. Par conséquent, il ne s'agit pas d'élaborer un plan de santé mentale exclusivement en fonction des jeunes. Non, la santé mentale concerne tout le monde. Dès lors, nous ne devons pas séparer les tranches d'âge et les catégories.

La santé mentale est beaucoup trop individualisée. On sous-estime énormément toutes les initiatives communautaires que l'on trouve aussi dans les services de santé mentale et qui sont hyper intéressantes. Là, on se situe dans la prévention et dans le dépistage de problèmes avant qu'il ne soit trop tard. Bref, miser sur la santé mentale communautaire est certainement intéressant.

Faut-il intégrer la santé mentale dans un futur plan pandémie? Monsieur Prévot, il est bien évident, je le répète, que la santé mentale n'est pas séparée de la santé physique et sociale. La santé est une notion dans laquelle ces trois aspects sont très étroitement corrélés.

C'est pourquoi j'en viens à cette complexité des niveaux de décision, pour laquelle je ne détiens pas de solution. Cependant, je puis vous donner quelques petits exemples. Au début de la réforme, il a fallu geler des lits très rapidement. Un appel à projets a été lancé. Plus les hôpitaux pouvaient rapidement geler des lits, plus ils pouvaient rapidement développer des équipes mobiles. Cela s'est heurté à une réalité de terrain. Certains services chroniques traînaient depuis des années sans beaucoup de projets, tandis que, dans d'autres hôpitaux, tous les lits étaient occupés et faisaient l'objet de projets. Indépendamment de la qualité propre à chaque hôpital, tout le monde a été cuisiné à la même sauce. Dans certains établissements, les équipes mobiles disposaient d'un personnel chargé de malades chroniques et sans avoir aucune idée de ce qu'était la crise; pour d'autres, les choses ont pu se dérouler de manière plus créative. C'est ce qui se produit quand on applique une directive générale sans égard pour les spécificités.

Quand les lits ont été gelés, plusieurs hôpitaux ont dû faire sortir des patients chroniques qui ont rejoint soit les maisons de soins psychiatriques - qui se sont vite retrouvées saturées et qui sont très chères, avec un coût pour les patients, leurs familles et les CPAS - soit, tout simplement, des "maisons pirates". J'imagine que vous avez dû suivre cette situation à l'époque. Cela signifie, dans ce dernier cas, que plusieurs patients issus d'hôpitaux psychiatriques se sont retrouvés dans des maisons qui ne relèvent de rien, d'aucun contrôle en matière de santé et de handicap. Vous

savez que certaines communes ont dû en fermer certaines en urgence, à cause de situations très graves.

Donc, le fédéral avait décidé de geler des lits. Les maisons de soins psychiatriques (MSP) relèvent des Communautés et les "maisons pirates", de rien. De la sorte, nous voyons comment un beau projet - faute d'articulation entre les niveaux de pouvoir - débouche sur la maltraitance d'une partie de la population, qui est justement très fragile.

Pour citer un exemple actuel, durant la pandémie, un des conseillers du cabinet Morreale était complètement catastrophé face à la situation des jeunes et du manque de disponibilité des équipes mobiles pour ceux-ci. Il s'est retrouvé dans l'impossibilité de renforcer les équipes pour ces derniers, puisque cela dépend du fédéral. À ce moment-là, je me suis demandé si l'on n'aurait pas intérêt, lors de la prochaine réforme de l'État, à régionaliser la santé mentale pour réfléchir à un plan global. Toutefois, cela reviendrait à la détacher davantage de la santé physique! Ce qui serait une aberration !

Nous nous trouvons face à des défis qui sont vraiment complexes et auxquels je n'ai pas de réponse. Je suis désolée, madame Fonck. Mais en tout cas, ces choses-là sont importantes à prendre en compte.

Ce que je voulais dire aussi, c'est que la Belgique a beaucoup de lits psychiatriques. On le sait, cela a été suffisamment reproché. Je voudrais juste dire qu'avoir un certain nombre de lits peut être aussi une qualité et une offre de soins intéressante. Il ne faut pas systématiquement diaboliser l'hospitalisation en psychiatrie.

Les patients sont les premiers à dire à quel point cela peut venir à point pour eux, à quel point ils en ont besoin. En équipe mobile de crise, je peux vous dire que quand on est face à quelqu'un à haut risque suicidaire, ce n'est pas une visite, même une heure par jour ou deux fois par jour, qui va empêcher la personne de passer à l'acte la nuit, etc. Les hôpitaux restent nécessaires.

Ceci dit, dans mon travail pendant la pandémie, je me suis rendu compte et j'ai trouvé très intéressant que, comme nous avions très peur d'hospitaliser les gens et que les hôpitaux eux-mêmes avaient peur d'hospitaliser les gens, l'articulation entre les équipes mobiles et l'hospitalier a beaucoup mieux fonctionné. En service de mise en observation, nous levions parfois plus vite les mises en observation en demandant à l'équipe mobile d'aller voir sur place. Si jamais la personne redécompense, nous pouvons la réhospitaliser,

mais on essaie au domicile.

Cela a donné des pistes intéressantes car nous pouvons améliorer la qualité des hospitalisations, leur durée particulièrement, en articulant mieux le travail. Et tout cela, c'est le projet 107, les comités de réseau etc. Nous travaillons là-dessus. Je trouve que le 107 est assez novateur.

Une des qualités des comités de réseau, c'est que la culture et l'enseignement sont pris en compte. Vous savez qu'il y a des fonctions 1, 2, 3, 4, 5. Dans les fonctions, il y a des concertations, avec les écoles pour les enfants et avec le logement, le monde du travail, etc., pour les adultes. C'est cela, la santé mentale.

Le projet a vraiment bien compris que la santé mentale s'articule aussi sur le logement, l'aide sociale, la culture, etc. Et dans les comités de réseau, tout le monde est présent. C'est vraiment un travail passionnant et qui fait partie de la ligne que nous pouvons tenir pour penser un plan de santé mentale en Belgique.

Mais il est dommage, dans le projet 107 justement, d'avoir autant clivé la réforme pour les adultes et la réforme pour les enfants et les adolescents. Parce que, finalement, nous en revenons toujours à deux mondes différents, qui sont pensés séparément.

Je vais revenir à l'inclusion, monsieur Prévot. Un des problèmes que nous voyons à l'hôpital psychiatrique, c'est que, je vous le disais, 70 % de mes patients ont des enfants. Certains enfants sont placés. Un exemple: une maman fait une décompensation vraiment délirante. Elle est hospitalisée. Elle est mère seule. Sa petite fille de moins de trois ans est placée d'urgence en pouponnière à 200 km de l'hôpital. Or, on sait l'importance du lien mère-enfant.

Dans mon hôpital, on a mis en place un projet qui me tient à cœur et qu'on appelle "l'espace enfants". C'est un lieu où les enfants peuvent venir visiter les parents, grands-parents, beaux-parents, etc. C'est un lieu spécialement aménagé pour que les enfants se sentent reconnus, accueillis et non pas confrontés à un service psychiatrique qui est quand même un lieu assez traumatisant pour des enfants.

Dans ce lieu, on a essayé de maintenir les liens. C'est essentiel, notamment dans le cadre d'une relation entre une mère et un jeune enfant. Cette mère n'a pas pu revoir sa petite fille avant trois à quatre semaines. Pour un enfant à un âge vulnérable, entre 18 et 36 mois, tellement vulnérable à la séparation, trois semaines, c'est énorme! Donc toute cette articulation, quant à savoir comment permettre que les soins aux

enfants et aux adultes se pensent ensemble et non pas dans des structures différentes, fait partie de la question de l'inclusion.

J'en viens à une question des parlementaires sur le dépistage. J'insiste sur le fait qu'il faut faire vraiment très attention. Les enfants de patients psychiatriques ne veulent pas être dépistés comme des patients à risque. Ils ne veulent pas qu'on les envoie chez des pédopsychiatres. Ce qu'ils veulent, c'est être écoutés, informés, pris en compte dans leurs besoins. Le Nord de l'Europe a très bien répondu à ce type de besoins car les professionnels adultes y sont formés à prendre en compte la famille, à oser causer avec des enfants, les recevoir, les informer, les écouter.

Une autre variante de ce principe d'inclusion, ce sont les services d'urgence où il y a des infirmières psychiatriques. Voyant Leïla Belkhir présente en Zoom, je pense notamment aux services d'urgence de Saint-Luc où il y a des infirmières psychiatriques. À l'époque où j'y travaillais, les infirmières psychiatriques faisaient le même boulot que les autres infirmières. Elles réanimaient; elles suturaient, etc. Mais elles étaient présentes au sein de l'équipe, et dans ces conditions d'équipe justement, les problématiques psychiatriques sont moins stigmatisées. Elles sont mieux prises en compte par le collectif. Il n'y a pas de clivage entre les soins somatiques et psychiques.

J'en reviens à cette notion qui est que, finalement, la santé mentale, c'est aussi intégrer les personnes de la santé mentale dans les différentes équipes. Ce n'est pas créer plus de séparation en disant: "Allez voir le psy." Non, les médecins somaticiens savent bien qu'ils doivent écouter les patients et un psy peut aussi être actif auprès d'une équipe. On sait bien que, pour ce qui concerne tous les psychiatres de liaison dans les hôpitaux - liaison qui pourrait être élargie -, le travail n'est pas seulement auprès des personnes mais aussi auprès des équipes. C'est une notion vraiment importante et un travail qui doit être reconnu aussi.

J'en termine, monsieur le président, comme je vois que le temps passe. Il est vrai que les médecins ne parlent pas tous d'une même voix. Il y a effectivement des contradictions entre ce que les médecins peuvent dire. Je dirais que c'est le prix de la démocratie. Cela se retrouve aussi bien chez les virologues que dans la santé mentale, que chez les politiciens, que chez tout le monde.

Il n'y pas une seule voie. La solution n'est pas de dire: "Puisque vous avez des contradictions, il ne faut pas vous écouter". Je suis désolée, il faut écouter. Ceci dit, je parle de l'implication des médecins dans le travail qui est en cours. Je pense

au travail de vaccination en particulier. Je rejoins tout à fait M. Yzerbyt. Il y a un moment où, en effet, les maisons de repos et le personnel soignant étaient une priorité parce que le personnel soignant est déjà épuisé. Il fallait absolument qu'il soit vacciné mais après cela, toute la question de la sélection des personnes à risque, toute la question du suivi des effets secondaires, les priorités, l'orientation correcte etc., c'est un travail qui pouvait être fait par les médecins généralistes. Toute la crainte des effets secondaires, etc., ce sont eux qui peuvent y répondre. Je pense aussi à la problématique du report des soins qui a été extrêmement grave et qui a eu des effets sur la santé mentale des gens mais là aussi, les médecins se sont retrouvés relativement muselés, pour utiliser un terme fort, dans certains lieux décisionnels.

J'interroge ce problème puisque même votre remarque, monsieur le président, semblait le laisser penser. Je m'étonne de cette tension qui peut exister entre médecins et gouvernants. Je ne sais pas si c'est typique de la Belgique mais cela me paraît très particulier dans notre pays. Les médecins sont quand même les personnes qui allient ces fameuses sciences exactes dont on parle et les sciences humaines puisqu'ils sont au cœur. Dans notre expérience de médecin, il est clair qu'on fait avec les deux tout le temps, avec les sciences exactes sans lesquelles on ne pourrait pas faire notre métier et avec les sciences humaines sans lesquelles on ne pourrait pas soigner. Je vous remercie de m'avoir donné la parole.

De **voorzitter**: Collega's, we hebben nog 13 minuten tijd. Het zou kunnen dat een aantal vragen niet beantwoord zijn, maar jullie krijgen ook nog een integraal verslag. U kunt een en ander daarin nog even nalezen.

**Michel De Maegd (MR)**: Monsieur le président, j'ai encore une question importante. Peut-être pourrions-nous y revenir de manière écrite puisque nous n'avons pas beaucoup de temps au vu du nombre d'auditions aujourd'hui?

Je voulais revenir sur ce qu'a dit M. Yzerbyt sur les chiffres statistiques. Il dit ne pas asséner des chiffres statistiques virologiques ou épidémiologiques jour après jour sur le nombre de cas, ce qui donne un climat anxigène – je partage ce point de vue – mais plutôt un baromètre de type code couleurs et de type de celui qu'on avait au niveau des alertes terroristes. Le risque n'est-il pas dans ce cas qu'on ait un reproche d'un manque de transparence, un manque de nuance, qui pourrait induire la frustration, l'anxiété, la colère voire des réflexes complotistes de type "on nous cache la

réalité des choses, on nous cache des choses"? Finalement, n'y a-t-il pas un risque de trop grande simplification dans ce cas de figure que vous suggérez? La crise sanitaire qui touche à ce que le citoyen a de plus cher, à savoir sa santé et spécifiquement sa santé mentale, peut-elle se permettre une telle approximation? C'est une question que je me pose. Je n'ai évidemment pas la réponse.

Pour nos recommandations, c'est évidemment important. Je pense que c'est un point qui devrait être davantage discuté, peut-être par écrit au vu du nombre d'auditions aujourd'hui, car il est essentiel.

**Vincent Yzerbyt**: L'idée que j'essaie de mettre en avant était qu'il y ait dès le départ un baromètre qui donne à la population une vue claire de la situation parce qu'il est important que la population ait une bonne perception des risques. La perception des risques, nous l'avons vu dans le baromètre de la motivation, se traduit généralement assez bien dans des précautions prises et l'adhésion aux mesures sanitaires. On voit un effet direct de la modulation du risque et d'une bonne communication autour du risque et des mesures qui permettent de rencontrer des difficultés par l'adhésion aux mesures.

Il ne s'agit évidemment pas ici – et nous l'avons souligné très fort en matière de vaccination – d'empêcher le citoyen d'avoir des chiffres qui soient précis à un niveau ou à un autre ou d'avoir de temps à autre des comptes rendus qui soient plus complets. On a beaucoup glosé sur le fait d'avoir tous les jours des chiffres qui sont pour le moins anxigènes, plus que ce qui est nécessaire. Il nous a semblé qu'il était préférable de pondérer cette communication très précise parce que des choses très précises ne sont à un certain moment plus parlantes pour la population. Mais il est bien entendu que l'information doit pouvoir rester accessible, notamment par le site de Sciensano et d'autres canaux. Il y a une importance majeure à donner une information transparente et claire à la population. Mais tous les jours, tous les soirs, constamment, fournir des chiffres au sujet du nombre de décès n'était peut-être pas la meilleure solution au moment où on l'a fait. Je pense qu'on en est revenu un petit peu.

Je vais vous donner un exemple sur la communication motivante. Voici un graphique qui montre une courbe d'amplification, une exponentielle due à la pandémie si on ne prend pas garde à l'introduction des variants par exemple. Un article scientifique qui a été publié récemment montre que ce type de communication est parfaitement anxigène. Si vous utilisez un autre type de communication qui montre comment,

lorsque les mesures adéquates sont prises, on parvient à dompter la courbe, ce type de communication augmente l'adhésion de la population, c'est-à-dire augmente le niveau de confiance dans la capacité du pays à affronter la pandémie et augmente l'adhésion aux mesures spécifiques. Autrement dit, on a vraiment des petites différences dans la communication qui peuvent faire de grands effets sur la population. C'est ce que je voulais mettre en évidence.

**Michel De Maegd (MR):** Monsieur Yzerbyt, je partage votre point de vue. Mais j'attire votre attention sur le fait que vous touchez là à l'aspect médiatique des choses et à un principe fondamental de toute démocratie qui est la liberté d'expression et la liberté éditoriale, dans ce cas précis. Ce n'est pas un enjeu politique, c'est un enjeu de démocratie qui concerne les médias. Je ne suis pas sûr que ce soit à notre commission de devoir encadrer cela, puisque nous sommes en démocratie.

De **voorzitter:** Als sommige leden nog bijkomende vragen hebben, stel ik voor dat ze die schriftelijk aan het secretariaat bezorgen. We moeten immers een technische pauze van vijf minuten inlassen vooraleer we de volgende vergadering kunnen opstarten.

Kan iedereen daarmee akkoord gaan? (*Ja*)

**Frédérique Van Leuven:** Monsieur le président, je voudrais encore ajouter que l'un des problèmes de cette crise réside dans le fait que, très souvent, une catégorie de la population a été opposée à d'autres catégories. Par exemple, ce matin, on a énormément parlé des jeunes. Or, comme cela a été évoqué dans l'une des questions, les personnes âgées ont payé un tribut extrêmement lourd. Il ne faut pas oublier que c'est dans cette population qu'il y a eu les premiers décès et que les conditions dans lesquelles elles ont vécu en maison de repos ou seules chez elles ont été très lourdes à supporter. On a aussi opposé les travailleurs qui exerçaient leurs activités en présentiel et ceux qui les exerçaient en distantiel. De plus, il y avait ceux qui obéissaient et ceux qui n'obéissaient pas, etc.

Selon moi, au niveau de l'approche, le gouvernement doit être très attentif à ne pas renforcer ces clivages dans la population – je crois qu'il a essayé de le faire – et avoir bien en tête qu'on a affaire à une catastrophe. On avait oublié qu'il y avait des épidémies dans le monde. Pourtant, il en existe depuis le temps des Romains, et même depuis le temps des Grecs. On a oublié que de telles catastrophes pouvaient toucher toute une société. Ici, c'est toute une société qui est

touchée. Il ne faut jamais l'oublier. Il faut donc éviter des discours qui privilégieraient les uns pour les opposer aux autres. Comme M. Yzerbyt l'a dit, il faut toujours garder en tête que ce que l'on fait pour une catégorie a des effets sur une autre. On ne peut pas penser des soins en santé mentale d'enfants ou d'adolescents sans penser aux parents, sans penser aux familles, sans passer au contexte. La pensée structure la communication. Le gouvernement ne doit donc pas oublier que nous sommes tous dans le même bateau, que nous sommes tous touchés. Il ne faut pas privilégier les uns plutôt que les autres.

Le **président:** Madame Van Leuven, vous venez – me semble-t-il – de pointer du doigt un point important, ce dont je vous remercie.

*La réunion publique de commission est levée à 13 h 26.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.26 uur.*