

& SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité chrétienne

06 Soins orientés vers les objectifs de la personne :
analyse critique du discours

28 Convention soins psychologiques de première ligne :
un bilan 2019-2024

15 **Manager sa santé ?**

octobre 2025

Manager sa santé : injonction ou promesse d'implication des patient-es ?

Edito



Ces dernières années, une petite révolution s'est glissée dans les discours et les pratiques des soins de santé : celle du-de la "patient-e au centre". Il ne s'agirait plus simplement de soigner, mais de « co-construire » un parcours de santé, au départ des objectifs que se donne la personne elle-même. Cette logique, notamment connue sous le nom de « soins orientés vers les objectifs de la personne » ou *doelgerichte zorg*, propose de recentrer les interventions en santé autour des aspirations et des projets de vie des patient-es. Sur le papier, l'intention est noble, émancipatrice même. Mais cette idée, aussi séduisante soit-elle, mérite d'être questionnée en détail. Car derrière la volonté affichée de mieux prendre en compte l'individu, se dessine un risque bien réel : celui d'une responsabilisation excessive des patient-es, et d'un transfert insidieux des charges, mentales, administratives, émotionnelles, sur leurs épaules au détriment du système collectif qui devrait les assumer. L'étude *Soins orientés vers les objectifs de la personne : analyse critique du discours* revient sur les avancées et les dérives de ce concept dans son utilisation comme la panacée en termes de soins axés sur la personne.

Être entrepreneur de sa propre santé, à en croire l'abondante littérature scientifique à ce sujet, l'expression est devenue le mot d'ordre de la prise en charge individuelle quand on parle de qualité des soins. Or, une telle démarche attend de la personne qu'elle soit informée, qu'elle fasse des choix, qu'elle assume un parcours de soin souvent complexe, tout en gardant le cap sur des objectifs définis par elle-même. Cet engagement semble positif. Il l'est, s'il est accompagné. Mais sans soutien adapté, il peut vite devenir une injonction déguisée à la performance. Car si le concept de *doelgerichte zorg* part d'une bonne intention, il est aussi marqué, parfois à son insu, par un contexte culturel profondément normatif. Ce n'est pas la logique du soin en elle-même qui pose problème, mais bien la manière dont elle s'inscrit dans une société où la santé est de plus en plus pensée comme un capital à entretenir. On gère sa santé comme on prend en charge son capital économique, on le monitore en direct, on le fait fructifier, on le protège. Cette approche valorise l'individu autonome, proactif, rationnel, conscient de ses préférences et de ses risques de santé, capable de formuler ses objectifs, de les poursuivre, et de « réussir sa santé ». Un modèle qui colle mal avec les réalités sociales de beaucoup.

En effet, tout le monde n'a pas les mêmes moyens ni les mêmes marges de manœuvre. Nos conditions de vie, nos situations économiques, notre charge mentale ou nos disponibilités en temps ne nous laissent pas également libres d'agir. Or, le paradigme des « soins orientés vers les objectifs de la personne » peut rapidement glisser vers une forme de consumérisme : on imagine le-la patient-e

comme un-e client-e libre de choisir entre plusieurs options de soins, comme s'il s'agissait d'un marché, et non d'un droit fondamental. C'est là que se niche un angle mort potentiel : réduire la santé à la résultante de comportements individuels, là où elle est d'abord et avant tout un fait social, relationnel, culturel.

Il faut ici rappeler ce que soulignait déjà James Mold, pionnier du concept : les soins ne sont pas seulement complexes, ils sont profondément personnels. Mais ils sont aussi culturellement situés. Ce que l'on considère comme « normal » ou « désirable » en santé est influencé par des normes sociales et morales souvent invisibles et parfois excluantes. Si l'on moralise le concept de santé, très rapidement, fumer, ne pas faire de sport, ne pas consulter, ne pas « vouloir guérir » deviennent alors des déviances. Le *Wellness Syndrome* (Cederström & Spicer, 2015) analyse déjà la dérive moraliste d'associer santé à vertu et le manque d'empathie qui s'y adjoint pour celles et ceux qui ne parviennent pas à préserver leur santé.

C'est pourquoi il est urgent d'éviter que les « soins orientés vers les objectifs de la personne » deviennent un instrument de tri social, une manière d'exiger que le-la patient-e « mérite » ses droits en formulant des objectifs. Cette vision pourrait exclure celles et ceux qui, temporairement ou durablement, ne peuvent se projeter, ou pour qui formuler des objectifs est un luxe. Pire, cette logique pourrait dévaluer les formes d'existence qui ne correspondent pas aux standards de progrès, d'optimisation ou d'indépendance.

Au contraire, il faut penser les « soins orientés vers les objectifs de la personne » comme une invitation à renforcer la solidarité, non pas à atomiser la responsabilité. Cela suppose de reconnaître la diversité des réalités humaines, y compris celles marquées par la précarité, la maladie chronique, l'isolement ou le désengagement. L'enjeu est de garantir que les soins restent accessibles à toutes et tous, sans condition implicite de performance ou d'adhésion à un modèle dominant.

L'évaluation récente de la convention SPPL (soins psychologiques de première ligne) en est une illustration frappante. Notre étude, *Convention soins psychologiques de première ligne : un bilan 2019-2024*, montre que l'accessibilité aux soins s'est améliorée : davantage de personnes ont eu recours à une aide psychologique, souvent pour la première fois. Des publics jusque-là éloignés, comme les jeunes, les bénéficiaires du RIS ou les personnes en incapacité, ont trouvé une porte d'entrée. Mais cette avancée reste fragile. De fortes disparités territoriales et sociales subsistent. Avoir droit à un soin ne signifie pas encore y accéder : il faut savoir qu'il existe, comprendre comment y entrer, pouvoir s'y rendre, être capable de s'y engager. La santé mentale ne se décrète pas. Et les inégalités d'accès se rejouent à tous les niveaux, y compris dans la possibilité même d'être « active » dans son propre parcours. Le nombre de séances moyen diminue, alors que les besoins ne faiblissent pas. Et alors que les besoins ne sont que partiellement couverts dans ce cadre, des solutions alternatives émergent — coaching, accompagnements non médicaux — qui ne sont pas toujours adaptées à la gravité

des situations. Cela pose la question essentielle du soutien structurel aux soignant-es : relationnellement, les soins ciblés demandent plus d'écoute, de présence, d'empathie. Cela suppose du temps, de la formation, et des conditions de travail dignes.

Nous plaidons donc pour une lecture plus collective, plus humaine et plus solidaire des « soins orientés vers les objectifs de la personne ». Placer la personne au centre, ce n'est pas la rendre responsable de tout. C'est construire autour d'elle un environnement qui permet des choix réels, qui reconnaît les vulnérabilités sans les stigmatiser, qui valorise la dépendance comme une composante normale,

et non pathologique, de l'existence humaine. Il ne suffit pas d'inviter les patient-es à s'impliquer. Il faut créer les conditions concrètes pour qu'ils-elles puissent le faire, sans culpabilité ni injonction de performance. Et cela commence par une culture politique qui ne confond pas autonomie et isolement, ni soin et consommation.

Manager sa santé ne devrait jamais être un fardeau. Ce devrait être, au contraire, une co-responsabilité solidaire. Une promesse tenue, plutôt qu'une pression supplémentaire.

Élise Derroitte
Vice-Présidente CM-MC

Bibliographie

Cederström, C., & Spicer, A. (2015). *The Wellness Syndrome*. Cambridge : Polity Press.



Soins orientés vers les objectifs de la personne

Analyse critique du discours

Mattias Van Hulle – Service d'études MC-CM

Résumé

Le concept de soins centré ou orienté vers les objectifs de la personne (SCOP) a pris de l'ampleur ces dernières années. Il s'agit d'une approche de soins qui prend comme point de départ les objectifs de santé ou de vie formulés par les personnes ayant besoin de soins ou d'assistance (PBSA). Cela incite la PBSA à jouer un rôle plus actif et plus directif dans son propre parcours de soins. Bien que cela semble positif à première vue, l'interprétation du concept comporte également un certain nombre de points aveugles et d'effets potentiellement indésirables. Ceux-ci ne découlent pas tant des soins en tant que tels ou des intentions inclusives de l'approche elle-même, mais plutôt du contexte culturel plus large dans lequel le concept trouve son interprétation aujourd'hui. Si la logique du néolibéralisme n'affecte pas nécessairement tous les aspects de la société de manière aussi explicite, elle détermine une partie cruciale des conditions dans lesquelles les relations sociales - et donc les soins - se déroulent. Dans ce contexte, et surtout à cause de ce contexte, des soins axés sur les objectifs insuffisamment réfléchis ou trop poussés comportent certains points aveugles, tels qu'une responsabilisation accrue des personnes, une minimisation des inégalités existantes, une culture implicite de consumérisme dans les soins et l'existence de formes de pression et d'orientation pas nécessairement désirables vers la performance dans la prestation des soins de santé.

L'objectif de cette étude est de présenter une analyse nuancée des soins orientés vers les objectifs de la personne et de mettre en évidence certains facteurs qui incitent à la prudence et à la vigilance. La Mutualité chrétienne (MC) approuve le potentiel positif des soins orientés vers les objectifs de la personne, mais demande que l'on prenne dûment en considération la manière dont cela prendra forme et, surtout, souhaite mettre des réflexions sur le cadre normatif et moral plus large dans lequel cette nouvelle approche des soins se développe aujourd'hui en Belgique.

Mots-clés : Soins orientés vers les objectifs de la personne, soins centrés sur la personne, soins centrés sur le-la patient·e, autogestion, néolibéralisme, analyse critique du discours



Table des matières

Introduction : les soins orientés vers les objectifs de la personne en plein essor	8
1. Revue de la littérature : le contexte historique	9
1.1. Origines dans la comorbidité et des maladies chroniques	9
1.2. Vers un déploiement plus large	10
1.3. Deux grandes évolutions	11
1.4. Cadre porteur de sens	12
2. Méthode : analyse critique du discours	14
3. Résultats	15
3.1. Accent (plus) prononcé sur la responsabilisation individuelle	15
3.2. Ne pas perdre de vue les inégalités sociales	17
3.3. Veiller à ce que la « liberté de choix » ne prenne pas une tournure consumériste	19
3.4. Se prémunir contre la pression de performance au sein du parcours de soins	21
4. Recommandations	22
4.1. Reconnaissance du poids des schémas culturels	22
4.2. Œuvrer à une culture où les soins et la dépendance occupent une place plus centrale	22
4.3. Veiller à ce que l’ancrage législatif des soins orientés vers les objectifs de la personne bénéficie aux patient·es	23
4.4. Être vigilant face au consumérisme dans les soins de santé	24
4.5. Soutien structurel au personnel soignant	24
Conclusion	25
Bibliographie	26

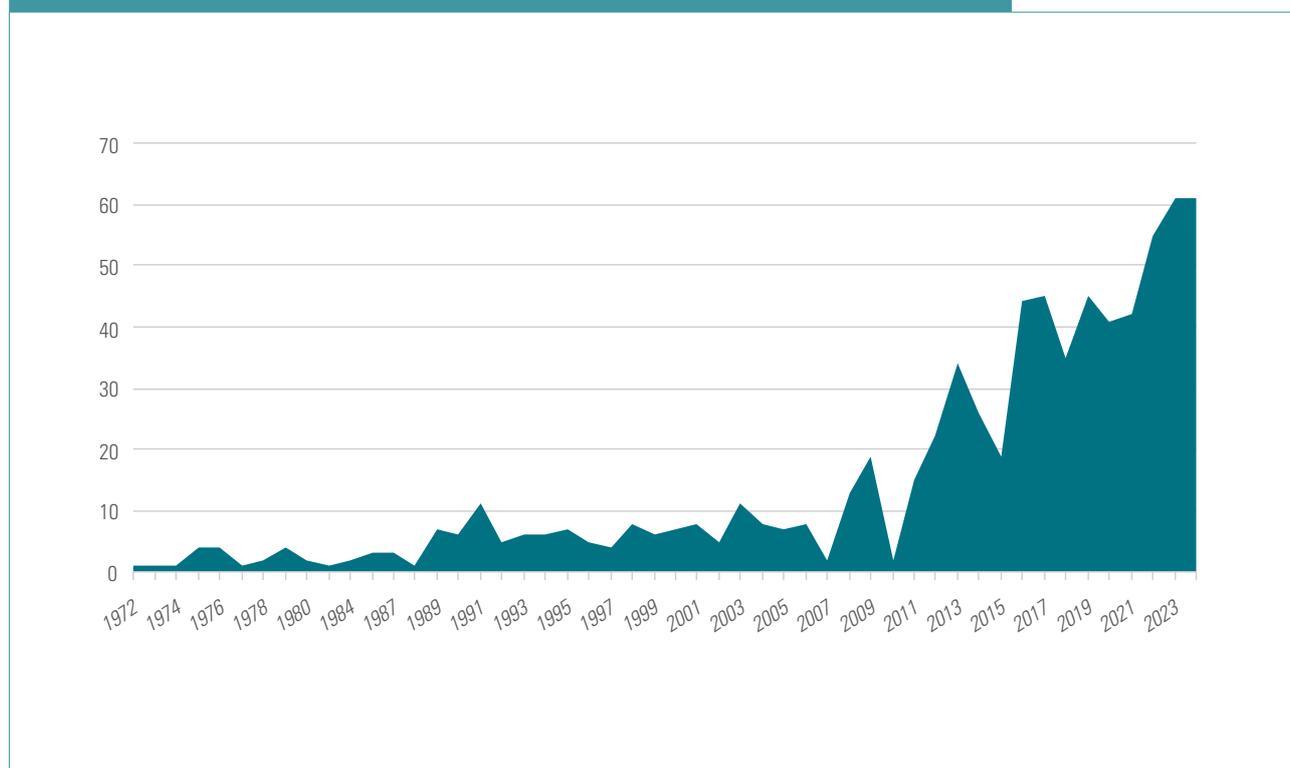
Introduction : les soins orientés vers les objectifs de la personne en plein essor

Le concept de soins orientés vers les objectifs de la personne a gagné une popularité considérable ces dernières années. Il renvoie à l'idée que les soins ne devraient pas consister en un simple traitement clinique d'affections médicales aiguës, mais qu'ils devraient être modelés par les souhaits, les valeurs et, surtout, **les objectifs formulés par le ou la patiente elle-même**. Il peut s'agir de demandes médicales spécifiques, mais aussi d'objectifs de vie, de hobbies ou d'activités qui sont importants pour le-la patient-e et avec lesquels le parcours de soins doit être coordonné. Il s'agit d'une approche qui a fait l'objet d'un nombre croissant de recherches et de publications scientifiques ces derniers temps. Un échantillonnage sur *PubMed* montre que, plus précisément, à partir des années 2010, le nombre d'articles scientifiques portant explicitement sur ce sujet a augmenté de manière significative (voir Figure 1). L'essentiel de cette recherche vise à identifier comment les soins orientés vers les objectifs de la personne peuvent contribuer à améliorer la satisfaction et le bien-être des patients, comment ils peuvent conduire à de meilleures relations

entre le-la patient-e et le-la prestataire de soins de santé, et comment ils peuvent même potentiellement réduire les coûts pour le système de soins de santé (Boeykens, 2023).

Outre l'augmentation de l'attention scientifique, nous constatons également que des fonds nettement plus importants ont été débloqués pour la recherche sur les soins orientés vers les objectifs de la personne au cours des dernières années, notamment en Belgique. Plusieurs initiatives et appels à projets ont reçu un financement supplémentaire pour mieux identifier et promouvoir les soins orientés vers les objectifs de la personne. Par exemple, la Fondation Roi Baudouin et le Fonds Dr Daniël De Coninck ont mis à disposition des montants considérables pour soutenir et accélérer l'application du concept dans les soins de première ligne belges, ainsi que pour donner aux travailleurs de la première ligne une expérience en la matière. Au total, 18 projets de recherche néerlandophones et 17 projets de recherche francophones ont obtenu un soutien financier pour les soins orientés vers les objectifs de la personne (Doelgerichte zorg in de eerste lijn bevorderen, 2024). D'autres organisations du réseau, telles que l'*Academie Voor De Eerste Lijn*, contribuent également activement à la promotion et à la mise en œuvre de cette approche par le biais de projets de collaboration.

Figure 1 : Nombre d'articles scientifiques sur le 'Goal-Oriented Care' publiés par année (Source : PubMed)



En outre, les décideurs politiques intègrent de plus en plus les soins orientés vers les objectifs de la personne dans leurs plans et stratégies politiques. Par exemple, en 2023, le département flamand *Zorg en Gezondheid* a lancé l'outil *Alivia*, une application digitale qui devrait soutenir les méthodes de collaboration orientées vers les objectifs par le biais d'un plan de soins et de soutien virtuel. Les soins orientés vers les objectifs de la personne ont également été inclus dans le plan interfédéral de soins intégrés et dans le nouveau projet de loi sur les droits des patients, qui fait également référence à plusieurs projets de recherche préconisant un passage accéléré des soins de santé d'une approche orientée sur le traitement aux soins orientés vers les objectifs de la personne. L'accent est mis sur les objectifs de vie et les capacités du patient.

Enfin, le concept fait de plus en plus l'objet d'offres d'éducation et de formation pour aider les prestataires de soins de santé à appliquer les soins orientés vers les objectifs de la personne. L'institut flamand pour la première ligne (VIVEL), par exemple, propose une formation de base pour expliquer aux professionnels de la santé ou aux aidants proches comment se lancer concrètement dans les soins orientés vers les objectifs de la personne. En Wallonie et à Bruxelles, l'Association des médecins généralistes (FAMGB) s'est attachée à soutenir et à mettre en œuvre la philosophie des soins orientés vers les objectifs de la personne dans la pratique, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin, notamment par le biais de symposiums.

Comme il est très probable que l'attention portée à ce sujet ne fera que croître au cours de la période à venir, il est utile d'analyser le concept en profondeur sous différents angles. En effet, jusqu'à présent, l'accent semble être mis sur les caractéristiques positives et les *bonnes pratiques* des soins orientés vers les objectifs de la personne. La MC ne néglige pas les caractéristiques positives des soins orientés vers les objectifs de la personne, mais l'interprétation du concept comporte toutefois des angles morts qui pourraient avoir des conséquences négatives pour le-la patient-e.

Ces angles morts sont restés largement peu étudiés jusqu'à présent. L'objectif de cette étude est donc de les identifier, ainsi que de mettre en évidence le plus clairement possible les effets pervers potentiels. Cette analyse peut donc contribuer à garantir que l'interprétation du concept théorique et sa traduction dans la pratique se fassent de la meilleure façon possible, c'est-à-dire en accordant le plus d'attention possible à la qualité des soins et au soutien réel dont la PBSA a besoin.

Pour mettre clairement en évidence ces points aveugles, nous adoptons une approche sociologique dans cette publication. Tout d'abord, nous examinons l'histoire du concept et ses origines. Nous décrivons ensuite le contexte social dans lequel les soins orientés vers les objectifs de la personne ont évolué pour devenir un concept plus largement exploitable. Nous examinons ensuite certains des éléments contextuels qui semblent s'infiltrer dans l'approche actuelle des soins orientés vers les objectifs de la personne et qui, selon la MC, pourraient potentiellement générer des effets indésirables.

1. Revue de la littérature : le contexte historique

1.1. Origine dans la comorbidité et les maladies chroniques

Le point de départ des soins orientés vers les objectifs de la personne en tant qu'approche spécifique de la prestation de soins de santé est principalement situé en 1991 dans la littérature scientifique. Cette année-là, le gériatre et médecin généraliste James W. Mold a publié l'article *Goal-Oriented Medical Care* dans la revue *Family Medicine* (Mold, Blake, & Becker, 1991). Pourtant, le concept lui-même semble avoir existé depuis un certain temps à ce moment-là (voir également la figure 1). Il était déjà utilisé dans les années 1970, principalement dans le contexte de l'aide sociale et de la réadaptation après une consommation de drogue de longue durée, comme une approche utile pour élaborer un plan par étapes et un trajet d'aide en consultation avec la personne ayant besoin d'aide (DeSimone, 1975). Des rapports axés sur le contrôle de la qualité de la prestation des soins médicaux semblaient également aborder cette approche avant même la publication de Mold (Lohr, 1990). L'utilisation des soins orientés vers les objectifs de la personne comme concept d'approche dans le cadre de la qualité est née de la conviction que « toutes les tentatives de définition et d'évaluation de la qualité de l'offre de soins sont inutiles tant qu'elles ne sont pas fondées sur les valeurs et les objectifs du patient » (Lohr, 1990, p.121, notre traduction). Ainsi, l'idée centrale a toujours été que l'efficacité et la qualité des soins ou de l'aide gagnent à être adaptées à la situation individuelle et aux souhaits du-la patient-e.

Lorsque Mold a publié son article en 1991, il a été le premier à mettre l'accent sur ce concept et à en donner une description élargie dans le contexte de la prestation de soins médicaux. Il décrit comment le modèle classique de soins axés sur les problèmes, généralement basé sur un diagnostic formel et un traitement consécutif, s'avère peu adapté au traitement d'un grand nombre de problèmes de santé et de défis qui, selon Mold, ne cessent de croître. Si l'approche axée sur les problèmes est idéale pour le traitement des maladies aiguës, elle est beaucoup moins appropriée lorsque 1) le défi concerne en fait une activité physiologique « normale » (comme la grossesse, la promotion de la santé ou la prévention primaire des maladies), 2) atteindre la santé « normale » ou complète s'avère impossible (dans le cas d'une maladie chronique ou terminale) 3) le traitement classique risque de générer des problèmes nouveaux, similaires ou plus importants par rapport au problème de santé initial (par exemple dans le cas d'une comorbidité) (Mold, Blake, & Becker 1991).

L'article de Mold présente une analyse générale et théorique des soins orientés vers les objectifs de la personne. Il accorde une attention particulière à deux aspects spécifiques du concept. Tout d'abord, il se concentre fortement sur les implications des soins orientés vers les objectifs de la personne sur les nouvelles répartitions de rôles et interactions entre les patient-es et les prestataires de soins de santé. Étant donné que ce nouveau paradigme permet aux patient-es de prendre un rôle décisionnaire beaucoup plus important sur leur état de santé, le rôle du prestataire de soins de santé change de manière significative. Au lieu de prendre lui-même toutes les décisions, il-elle devrait désormais principalement écouter activement et, sur la base des indications du-de la patient-e, formuler et encourager des recommandations. En fin de compte, il s'agit « beaucoup moins d'une recherche de la vérité que d'un effort commun pour construire une réalité utile » (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 49, notre traduction). Cependant, l'implication de cet « effort commun » est que la relation entre le prestataire de soins de santé et le-la patient-e devienne beaucoup plus étroite, affirme Mold. Plus intime même. Une considération plus forte doit être accordée aux capacités individuelles, aux besoins et aux attentes de la personne qui a besoin d'aide, ce qui peut générer une implication émotionnelle de la part du-de la soignant-e qu'il est plus facile d'éviter avec une approche classique axée sur les problèmes.

Deuxièmement, Mold décrit les différentes situations dans lesquelles une approche axée sur les objectifs peut être plus utile que l'approche classique axée sur les problèmes. Ce faisant, il s'intéresse tout particulièrement aux patient-es

atteint-es de maladies chroniques ou incurables. Il considère les soins des patient-es atteint-es de maladies chroniques comme « l'un des plus grands défis de la médecine moderne » (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 50, notre traduction). Lorsque la guérison n'est pas possible, tout est mis en œuvre dans le cadre de l'approche classique axée sur les problèmes pour contrôler une « manifestation anormale » de la maladie, a déclaré Mold. Mais il est plus probable, selon l'auteur, que des changements plus positifs dans l'état de santé puissent être obtenus lorsque les patient-es ont leur mot à dire sur des objectifs spécifiques. Cela concerne également les patient-es mourant-es ou en phase terminale d'une maladie. Ils-elles se sentent souvent abandonné-es par les prestataires de soins de santé lorsqu'il apparaît clairement qu'aucun traitement médical n'est plus possible. Mais nous pouvons simplement argumenter, écrit Mold, que « l'un des objectifs les plus importants en matière de santé dans la vie d'une personne concerne précisément les circonstances du processus de décès » (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 50, notre traduction). Les prestataires de soins de santé devraient être particulièrement bien placés pour fournir un accompagnement, un soutien et un apaisement au cours de cette phase, selon Mold.

1.2. Vers un déploiement plus large

Dans un premier temps, la littérature scientifique des années suivantes se concentre sur les personnes souffrant de comorbidité et de maladies chroniques. L'argumentation en faveur de cette focalisation s'appuie sur les raisons déjà citées par Mold. Premièrement, le système de soins de santé serait confronté à une augmentation de la comorbidité et des maladies chroniques, ainsi qu'au vieillissement systématique de la population en général, dans laquelle ces maladies sont relativement plus fréquentes (Tinetti, Esterson, Ferris, Posner, & Blaum, 2016). Deuxièmement, ces groupes courent un risque accru de fragmentation des soins s'ils sont abordés selon un paradigme classique orienté vers les problèmes. Les soins orientés vers les objectifs de la personne peuvent offrir une réponse en harmonisant les soins ou le soutien dans un sens souhaitable pour le-la patient-e en question (Boeykens, et al., 2022).

Aujourd'hui, cependant, nous constatons une application plus large où les soins sont utilisés comme perspective d'approche de manière beaucoup plus complète qu'avec les seuls groupes mentionnés ci-dessus. En effet, des travaux actifs sont en cours pour encourager le déploiement **des soins orientés vers les objectifs de la personne dans l'ensemble des soins de première ligne**. Dans ce contexte,

par exemple, le Fonds Daniël De Coninck, géré par la Fondation Roi Baudouin, a offert un soutien financier en 2022 et 2023 à des initiatives et des projets de recherche qui « ont l'expérience - ou veulent acquérir de l'expérience dans le processus - du passage à des soins orientés vers les objectifs de la personne dans la première ligne » (Fonds Daniël De Coninck, 2024, notre traduction). Les appels à projets ne se concentrent pas exclusivement sur les groupes déjà mentionnés, mais semblent s'adresser de manière beaucoup plus générale aux « personnes ayant besoin de soins et d'assistance » et aux professionnel·les de première ligne. Les chercheur·euses se disent également convaincus que « tout le monde peut bénéficier de soins orientés vers les objectifs de la personne » (Vlaams Patiëntenplatform, 2024).

Un coup d'œil sur les dossiers des lauréats montre que, outre les projets d'organisations axés sur la comorbidité, les maladies chroniques, les soins aux personnes âgées et l'assistance sociale, des projets ont également été sélectionnés avec une focalisation sur les cabinets de médecins généralistes, les zones de première ligne en général, les professionnel·les de la santé et du bien-être axés sur la prévention, voire des ateliers ou d'autres formes d'information qui ne s'adressent plus aux 'patients' mais aux 'citoyens' en tant que tels, dans le but de les 'autonomiser' de manière proactive et de les encourager à prendre leur bien-être en main. Ces projets de recherche ont également été mentionnés dans un projet de loi de 2023 visant à modifier la loi sur les droits des patients, qui décrit que le passage d'une approche axée sur les problèmes aux soins orientés vers les objectifs de la personne devrait être accéléré, et que l'attention accrue portée aux objectifs de vie dans le contexte des soins renforcerait une approche positive de la santé et du bien-être. Le-la patient·e devrait jouer un rôle (plus) actif à ce niveau, notamment en identifiant ses objectifs de vie et en discutant avec les prestataires de soins de santé et d'aide (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023).

Si, à notre connaissance, aucune implémentation politique spécifique n'a eu lieu à l'heure actuelle qui indique un ancrage législatif des soins orientés vers les objectifs de la personne dans l'ensemble des soins de première ligne¹, nous observons clairement une tendance selon laquelle les idées qui sous-tendent les soins orientés vers les objectifs de la personne sont incluses dans des notes politiques ayant une portée plus large - comme le projet de loi

de 2023 visant à modifier les droits des patients -, et où ces propositions politiques préconisent explicitement une mise en œuvre plus active et plus large des soins orientés vers les objectifs de la personne. Par exemple, la Fondation Roi Baudouin lance en 2024 une synthèse politique qui constitue un « appel à l'action pour renforcer la voix des patients en leur donnant plus d'influence » et qui s'adresse, entre autres, « aux gouvernements à tous les niveaux » (Koning Boudewijnstichting, 2024, p. 3, notre traduction). La synthèse politique présente « trois orientations récentes que notre système de soins de santé doit choisir », décrivant ces orientations comme « le patient en tant que force directrice », « le passage aux soins autonomes » et « le progrès de l'expertise d'expérience du patient » respectivement (Koning Boudewijnstichting, 2024, pp. 4-5).

1.3. Deux grandes évolutions

Nous pouvons mieux comprendre cette tendance apparemment soudaine à appliquer si largement les soins orientés vers les objectifs de la personne dans le contexte de deux développements plus généraux. **Premièrement**, nous devons placer le paradigme spécifique des soins orientés vers les objectifs de la personne dans une **évolution plus large des approches de soins qui placent le-la patient·e ou la personne ayant besoin de soins au centre de l'attention**. Ainsi, il existe aujourd'hui de nombreux autres concepts que celui de soins orientés vers les objectifs de la personne qui s'y réfèrent : soins centrés sur la personne, travail axé sur le rétablissement, action relationnelle de soutien, action axée sur les solutions ou modèle orienté sur les forces, pour ne citer que quelques exemples (ELZ Gent VZW, 2025).

L'une des approches les plus connues, et qui peut être considérée comme un concept global dans ce contexte, est celle des soins centrés sur le-la patient·e. Les interprétations historiques situent la naissance de cette approche dès les années 1940, lorsque des psychiatres influents tels que Carl Rogers ont rompu avec les techniques alors populaires fondées sur le « *Social Adjustment* », c'est-à-dire encourageant activement les patient·es à modifier leurs comportements personnels et leurs mentalités conformément aux normes socialement (plus) souhaitables. Rogers, l'une des figures centrales de ce mouvement, a plutôt choisi d'écouter, de comprendre et d'offrir ainsi un aperçu d'ensemble de la situation de la personne. Cela a per-

1 Les soins de santé de première ligne en Flandre sont toutefois en train de passer, depuis plusieurs années, à une organisation plus intégrée des soins pour les cas complexes, les personnes ayant des besoins de soutien à long terme ou des demandes dans différents domaines, telles que le cumul de problèmes de santé physique et mentale et de problèmes sociaux ou financiers. Une opérationnalisation concrète de cette démarche est *Alivia*, un outil digital de planification des soins qui permet la coordination des soins et les soins orientés vers les objectifs de la personne (Departement Zorg, 2025).

mis au-à la client-e de mieux se comprendre, de réfléchir plus profondément sur soi-même et, en fin de compte, de choisir de changer ou non ses schémas de pensée ou ses comportements. Le raisonnement qui sous-tend cette démarche est que les changements de comportement fondés sur la volonté intrinsèque du-de la patient-e sont beaucoup plus durables et profonds que les changements imposés. Rogers a appelé cette approche « thérapie centrée sur le-la client-e » et a publié un livre avec un collègue en 1951 sous le titre éponyme *Client-Centered Therapy* (Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

Les idées défendues par Rogers, avec lesquelles il a connu le succès dans les années qui ont suivi, ont fait leur chemin dans les soins médicaux à partir des années 1980, soulignant fortement l'importance d'une communication claire, d'une part, et plaçant le-la patient-e au centre, d'autre part. Un rôle important a été joué par les patient-es et les militant-es qui, dans le contexte de l'épidémie de sida, ont exigé d'avoir davantage leur mot à dire dans la production de connaissances sur les trajets de soins et les traitements efficaces (Epstein, 1995). Au cours de cette période, l'idée se répand que les besoins individuels du-de la patient-e devraient toujours être le point de départ, et une vision plus qualitative des soins est préconisée (Boeykens, 2023). En 2001, l'*Institute of Medicine*, une académie américaine indépendante et influente, a publié un rapport présentant sa vision d'un meilleur système de santé pour le 21^e siècle. Elle y présente les soins centrés sur le-la patient-e comme la voie par excellence pour fournir des soins qui respectent et prennent en compte les préférences, les besoins et les valeurs individuels du-de la patient-e et veille à ce que ces aspects jouent un rôle de guide dans chaque décision clinique (Baker, 2001). Aujourd'hui, les soins centrés sur le-la patient-e font également partie intégrante de la vision politique de la qualité des soins en Belgique, dont les soins orientés vers les objectifs de la personne sont une interprétation plus spécifique (Gezond België, 2024).

En outre, nous observons également dans l'interprétation et le cadrage des soins orientés vers les objectifs de la personne les échos d'un **deuxième mouvement plus large** qui est apparu au cours des dernières années. Il s'agit d'une évolution dans laquelle **les individus sont encouragés à prendre davantage en charge leur propre santé**. L'accent mis sur l'autodétermination et la résilience est loin d'être nouveau. Depuis 2000 déjà, l'utilisation de termes tels que '*self-management*' et '*resilience*' dans le contexte de la communication en matière de santé est en plein essor (Luybaert, 2020). Il s'agit là d'une extériorisation d'une évolution sociétale plus large dans laquelle l'autonomie, la

résilience et l'adaptabilité occupent une place de plus en plus importante (voir également le point 1.4).

Aujourd'hui, dans le cadre du déploiement à grande échelle du concept de soins orientés vers les objectifs de la personne, **ces deux évolutions semblent se rejoindre**. L'importance accrue accordée à une implication plus active du-de la patient-e et à ses souhaits, valeurs et préférences est sans aucun doute une évolution qui présente de nombreux aspects positifs. L'approche peut contribuer directement à une meilleure qualité de vie en priorisant ce que la personne trouve important. Mais en même temps, nous devons être conscients que certains aspects du discours autour des soins orientés vers les objectifs, en particulier l'accent mis sur une responsabilité accrue et l'autonomie via la formulation d'objectifs personnels, peuvent constituer un angle mort susceptible d'entraîner certains effets pervers. En clair, le potentiel positif des soins orientés vers les objectifs de la personne existe bel et bien, mais nous souhaitons mettre l'accent, dans le présent document, sur certaines lacunes potentielles qui pourraient survenir si ces aspects du concept étaient opérationnalisés de manière irréfléchie. Nous plaidons pour cette focalisation spécifique en observant qu'après tout, les *best practices* et le potentiel positif des soins orientés vers les objectifs de la personne semblent avoir été discutés à de nombreuses reprises (voir, entre autres, Jennings & Mold, 2024), mais que, d'un autre côté, les risques possibles qui y sont associés ont été relativement moins discutés. Porter l'attention à ces angles morts nous semble d'autant plus pertinent dans un contexte contemporain où les soins orientés vers les objectifs de la personne sont déployés comme un paradigme plus large dans l'ensemble des soins de première ligne.

1.4. Un cadre porteur de sens

Avant de mettre en évidence ces éventuels écueils dans la section suivante, il est nécessaire d'insister sur le fait que **toute activité s'inscrit toujours dans un cadre social, culturel, normatif et moral plus large**. Cela semble plutôt abstrait à première vue, mais il est essentiel pour comprendre les arguments présentés dans la suite de cet article. En effet, en tant qu'individus, nous agissons et interagissons toujours dans un contexte culturel spécifique et selon des normes que nous n'avons pas créées nous-mêmes et qui ne sont pas nécessairement telles que nous voudrions qu'elles soient. Ces contextes sont façonnés par des facteurs sociétaux plus larges - moraux-éthiques, structurels, systémiques - qui influencent à la fois l'interprétation et la

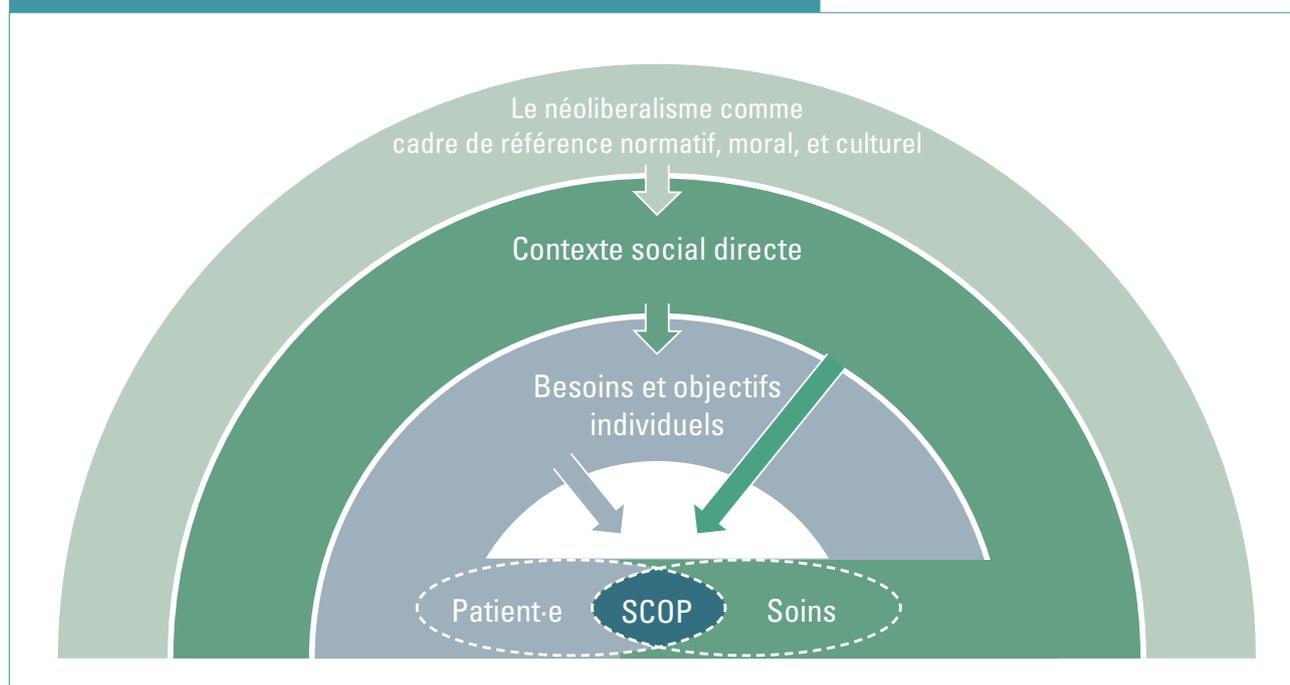
signification de nos actions et de nos interactions, même si nous ne sommes souvent pas conscients de cette influence. Ce que nous considérons comme normal, ou encore souhaitable et même ce que nous considérons comme essentiel peut *sembler* personnel, mais cela reflète toujours un cadre sociétal normatif plus large qui nous dépasse et guide nos actions et nos interprétations (vois Figure 2).

Plus précisément, nos normes, nos désirs et nos valeurs ont une dimension culturelle, et les concepts que nous définissons sont nécessairement façonnés dans ce cadre. Il en va de même pour les idées qui sous-tendent les soins orientés vers les objectifs de la personne : il s'agit d'un concept qui a été développé dans un contexte plus large - comme nous l'avons déjà brièvement expliqué au point 1.3 - et qui reflète donc inévitablement un système de valeur. Celui-ci peut être décrit comme une **méritocratie néolibérale**, dans laquelle des valeurs telles que l'autonomie, l'autodétermination et la résilience occupent une place importante et centrale. Bien entendu, cela ne signifie pas que «les soins orientés vers les objectifs de la personne» est nécessairement par définition un concept néolibéral, ni qu'il reflète uniquement ces valeurs néolibérales. Mais nous devrions être conscients de la façon subtile dont le récit néolibéral et le cadre de valeurs associé peuvent s'immiscer dans la définition du concept de soins orientés vers les objectifs de la personne et son interprétation. En particulier, il est essentiel de bien identifier **les risques potentiels** auxquels les patient-es sont confronté-es.

Pour mémoire, il convient d'abord de préciser ce que nous entendons exactement par néolibéralisme en tant que cadre de valeurs, car le néolibéralisme s'avère parfois être un terme *fourre-tout* aux connotations nombreuses et variées, et aux associations parfois faciles, voire douteuses. C'est une conséquence du fait que le néolibéralisme n'est pas le nom d'une doctrine spécifique ou d'une structure institutionnelle bien définie. Le néolibéralisme est une idéologie aux effets multiples. Une bonne définition de départ se trouve dans Blunden et Calder (2020), qui ont rassemblé les définitions de deux ouvrages importants (Davies, 2017 ; Harvey, 2005) sur le développement et l'influence du néolibéralisme. Les chercheurs décrivent le néolibéralisme comme « l'élévation des principes et des techniques d'évaluation fondés sur le marché au rang de normes approuvées par l'État », estimant que « la meilleure façon de promouvoir le bien-être humain est d'encourager les compétences et les libertés entrepreneuriales individuelles », et enfin que « nos cadres institutionnels sont également les mieux adaptés à cette fin » (Blunden & Calder, 2020, p. 2, notre traduction).

Les « principes basés sur le marché » sont aujourd'hui diffusés en effet bien au-delà des cadres institutionnels et des politiques. Depuis les années 1980, ils se sont insinués de plus en plus profondément dans les conceptions, les valeurs, les comportements, et les idées que nous normalisons ou encourageons collectivement en tant que société - en bref, dans notre système de pensée. L'application de

Figure 2 : Synthèse visuelle de l'approche théorique



ces principes de marché à tous les domaines de la vie est justement au cœur de la pensée néolibérale. Le philosophe et historien Michel Foucault (2008) a parlé dans ce contexte de la restructuration de l'identité en une sorte d'entreprise individuelle du « soi ». L'interprétation moderne d'un-e bon-ne citoyen-ne et d'un-e citoyen-ne prospère n'est plus celle d'une personne qui est aussi conforme que possible, mais celle d'une personne qui s'engage de manière vigilante et responsable dans « l'autogestion » et qui peut ainsi être « compétitive » par rapport aux autres. À partir de ce paradigme, pratiquement tous les aspects de la vie sociale sont imprégnés et minés par les principes de la prestation individuelle. Que ce soit au travail, dans le ménage ou dans les relations, l'objectif est toujours de maximiser sa réussite et son bonheur de manière autonome et de minimiser judicieusement les risques. La santé n'est en aucun cas une exception. Dans un contexte néolibéral, elle est également valorisée comme un capital à maximiser. L'objectif est un « gain » sous la forme d'un bien-être personnel ou d'une santé individuelle, qui peut finalement être présenté comme la manifestation de choix intelligents, de bons investissements et de productivité.

Historiquement, l'image sociétale du type idéal de citoyen-ne s'est donc transformée de deux manières importantes au cours des dernières décennies. Premièrement, nous ne sommes plus des *sujets d'obéissance* qui doivent principalement obéir, mais des *projets d'accomplissement* qui doivent principalement accomplir. On attend de nous que nous bricolions et investissions dans notre propre identité comme étant le projet ultime (Foucault, 2008). Une deuxième différence entre la société de performance d'aujourd'hui et la société dite « disciplinaire » qui l'a précédée est qu'avant, un « devoir » était imposé de l'extérieur alors qu'aujourd'hui, nous avons largement intériorisé les incitations culturelles à la performance. C'est précisément la raison pour laquelle, selon le philosophe germano-coréen Byung-Chul Han, bien que nous vivions avec le *sentiment* d'être libres de faire ce que bon nous semble, nous utilisons cette liberté principalement pour nous mettre systématiquement la pression afin d'obtenir des résultats. En intériorisant ce « devoir », une certaine auto-exploitation s'accompagne d'un sentiment de liberté, selon Han (2015). Dans ce contexte, Foucault parle d'une « prolifération de l'individualisme à partir d'une matrice économique » (Foucault, 2008, p.56). Autrement dit, aujourd'hui, nous devons être le plus possible « nous-mêmes », mais d'une manière qui nous permet d'évaluer systématiquement nos actions et nos opérations en termes de prestations et de succès.

2. Méthode : analyse critique du discours

Afin de déterminer comment ce cadre culturel et normatif est reproduit à travers le concept de soins orientés vers les objectifs de la personne et quels effets potentiellement néfastes peuvent en résulter, nous avons procédé à une analyse critique du discours (ACD). Il s'agit d'une méthode éprouvée dans le domaine des sciences sociales, qui permet d'identifier les modèles théoriques sous-jacents et les significations des termes ou des concepts. Plus précisément, une ACD se base sur une analyse systématique et contextuelle des textes pertinents. Cette analyse comprend non seulement des descriptions du contenu *manifeste* - ou, en d'autres termes, du contenu *explicite* - d'un texte, mais surtout une analyse du contenu implicite. De cette manière, une ACD est une méthodologie qui permet de révéler les significations non directement exprimées des concepts *qui sous-tendent* le texte manifestement implicites et « entre les lignes » (Graneheim & Lundman, 2004).

Grâce à l'ACD, nous abordons un texte par la mise en relation avec son contexte social et non pas comme une résultante indépendante d'un système de valeur et des enjeux idéologiques. Un principe fondamental de l'approche méthodologique stipule que le discours est toujours socialement intégré : il est socialement construit et joue à son tour un rôle dans la construction et la reproduction des structures et des relations sociales (Breeze, 2011). Par « contexte », on entend non pas tant l'environnement immédiat dans lequel un texte est produit ou auquel il se rapporte (par exemple, un cadre universitaire ou un hôpital), mais surtout le contexte social plus large : l'ensemble des facteurs culturels, normatifs, moraux, politiques, sociaux et économiques qui façonnent notre réalité commune. En résumé, une ACD prend donc principalement en compte les déterminants contextuels les plus pertinents qui contribuent, d'une part, à la production et, d'autre part, à l'interprétation d'un texte, ainsi que les concepts centraux de ce texte (Handford & Gee, 2012).

D'un point de vue méthodologique et technique, une ACD est avant tout un **processus itératif et circulaire** et implique donc un travail à la fois inductif et déductif afin d'éviter les conclusions *a priori*. Ainsi, il s'agit d'examiner d'abord les constructions linguistiques des textes pertinents afin de découvrir les ajouts sémantiques (induction). Cela inclut notamment le choix des mots, les structures de phrase, les liens établis, la sémantique ainsi que les évo-

cations morales ou normatives. Dans une phase analytique suivante, ces significations sont réinterprétées à l'aide de la littérature existante ou de considérations théoriques sur les points de vue culturels contemporains (déduction). En d'autres termes, nous relierons directement la lecture de textes sélectionnés sur les soins orientés vers les objectifs de la personne à des approches sociologiques et théoriques pertinentes qui nous permettent d'analyser minutieusement son interprétation et sa signification.

Deuxièmement, une ACD est également une **méthode d'analyse centrée sur des problèmes**. Autrement dit, avec cette méthodologie, plutôt que de chercher à confirmer ou à réfuter une hypothèse spécifique, nous visons à 1) mettre en évidence la relation entre des facteurs contextuels plus larges et le discours autour d'un concept, puis 2) indiquer quels risques sociaux ou sanitaires pertinents pourraient en résulter. Plus spécifiquement, nous avons cherché à identifier, dans les descriptions implicites du concept, les facteurs contextuels qui pourraient engendrer des angles morts ou des pièges potentiels, déclenchant ainsi un effet Matthieu: c'est-à-dire des conséquences involontaires et non souhaitables qui, soit détériorent la qualité des soins, soit compliquent la situation pour le-la patient-e vulnérable. Dans la section suivante, nous présentons les résultats de ces analyses en examinant séparément les quatre risques potentiels.

Nous avons sélectionné et analysé trois types de textes pour cette étude. Tout d'abord, il s'agit d'articles scientifiques et de littérature de recherche, à la fois en néerlandais (avec un focus flamand) et en anglais. La raison en est que nous voulions analyser à la fois les études qui se concentrent sur un groupe de répondants et un contexte politique flamand, et les recherches de portée plus internationale qui servent souvent d'inspiration théorique ou méthodologique pour les articles flamands. Nous avons sélectionné ces textes en fonction de leur impact (nombre de citations²) ou de leur actualité (année de publication). Deuxièmement, nous avons examiné des notes politiques (y compris le projet de loi le plus récent sur les droits du patient et les publications pertinentes du département des soins du gouvernement flamand). Enfin, nous avons également inclus les points de vue écrits des organisations de réseaux, de terrain et de la société civile pertinentes qui discutent explicitement du sujet dans des publications publiques (notamment l'Institut flamand pour la première ligne, l'Académie pour la première ligne, la Plate-forme flamande des patients et la Fondation Roi Baudouin).

Nous tenons à rappeler que l'objectif de cette étude est de faire une lecture critique du concept de soins orientés vers les objectifs de la personne en mettant l'accent sur les angles morts et les risques potentiels qui peuvent en résulter, sans pour autant rejeter le concept. L'objectif est de contribuer, à partir d'une optique sociologique culturelle, à une interprétation meilleure et plus complète du concept, afin qu'il puisse être mieux opérationnalisé pour aider les personnes.

3. Résultats

3.1. Accent (plus) prononcé sur la responsabilisation individuelle

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'un des fondements des soins orientés vers les objectifs de la personne est l'idée que le-la patient-e participe activement au dialogue avec son-sa prestataire de soins (Boeckxstaens & et. al., 2020). Ce faisant, le concept va à l'encontre de l'image classique du-de la patient-e qui n'est qu'un receveur passif de l'expertise en matière de soins de santé. Le-la patient-e devrait être transformé-e en co-créateur-trice de son propre parcours de soins et devrait « jouer un rôle actif » (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 14). En effet, les soins doivent « partir des objectifs et des valeurs du patient » (Chambre des représentants, 2023, p. 13), ce qui implique directement que ce dernier se voit attribuer une responsabilité importante quant à l'orientation et au contenu des soins reçus. À première vue, cette approche semble comporter peu d'éléments critiquables. Après tout, qu'y a-t-il de problématique dans une approche centrée sur les souhaits d'un-e patient-e ? Pourtant, selon les chercheurs Blunden et Calder, il faut veiller à ne pas tomber dans le piège de la « fausse neutralité » (Blunden & Calder, 2020, p.1, traduction propre). En effet, si le fait de penser en termes de personne et de soins orientés vers les objectifs de la personne peut *sembler* neutre d'un point de vue normatif, cela implique certaines orientations normatives discutables.

En effet, dans la pratique, il ne semble pas que les patient-es présentent « naturellement » leurs objectifs personnels aux prestataires de soins (Boeckxstaens, et al., 2016, p. 126). En effet, selon l'étude de Boeckxstaens et de ses collègues, de nombreux-ses patient-es ont éprouvé des

2 Cela repose sur l'idée que plus un article scientifique est cité, plus son impact sur la dimension discursive du domaine de recherche concerné est important.

difficultés à définir et à exprimer des objectifs, même en utilisant un questionnaire spécifiquement développé et validé à cette fin. Les chercheurs ont déduit cela d'une série d'entretiens approfondis avec des patient-e-s souffrant de plusieurs maladies chroniques. Seule une minorité de patient-es a formulé des objectifs, qui plus est en des termes très généraux tels que « retrouver la santé » ou « ne pas se détériorer davantage ». La plupart des patient-es ont déclaré ne pas comprendre ce que l'on entendait exactement par « objectifs » ou « fixer des objectifs », ou ont indiqué qu'ils-elles ne pouvaient pas s'identifier au concept de « fixation d'objectifs » en tant que tel. Certain-es patient-es ont indiqué qu'ils-elles avaient accepté leur situation dans une certaine mesure et qu'ils-elles ne ressentaient donc pas du tout le besoin de se fixer des objectifs spécifiques. L'étude conclut donc qu'il n'est pas du tout naturel pour les patient-e-s de se fixer des objectifs personnels dans le cadre d'un trajet de soins. Cependant, de nombreuses publications sur les soins orientés vers les objectifs de la personne partent implicitement de ce principe.

Cela s'explique notamment par le fait que la plupart des adultes d'aujourd'hui ont grandi dans un État-providence dans lequel on leur a « enseigné que l'on est un bon citoyen si l'on fait appel à temps aux professionnels [de la santé] » (Bredewold et al., 2018, p.10-11, notre traduction). Les incitations à formuler *soi-même* des objectifs et à contribuer *soi-même* à l'élaboration de son parcours de soins sont donc relativement récentes. En d'autres termes, il s'agit d'un ajout spécifiquement contemporain et marquant du « rôle du malade », c'est-à-dire l'ensemble des attentes sociales implicites que nous avons à l'égard des personnes souffrant de problèmes de santé. Le « rôle du malade » a été défini pour la première fois par Talcott Parsons. Le sociologue l'a décrit en 1951 comme une forme de déviation de la norme légitime et justifiée. Les personnes déclarées malades est ainsi autorisée à *s'écarter* des attentes comportementales normales. En effet, le rôle de malade libère la personne concernée d'un certain nombre d'obligations telles que le travail domestique ou encore l'activité professionnelle, et évite alors d'imputer à la personne malade la responsabilité de son incapacité d'action (Parsons, 1951). Plus qu'une simple manifestation physiologique, Parsons a décrit le *rôle de malade* en tant qu'élément de la réalité sociale. Il s'agit d'une construction sociale qui repose sur des conventions tacites relatives à ce que la société tolère, autorise et exige des personnes malades. Ce rôle étant socialement construit, il reflète également le contexte culturel plus large dans lequel s'inscrit le fait d'être malade, ainsi que sur les normes et les attentes qui en découlent. Cette évolution vers un rôle plus actif du-de la patient-e,

c'est-à-dire en fixant lui-même des objectifs personnels, révèle les contours d'une réalité sociale contemporaine et les injonctions qui lui sont associées.

Cet ensemble contemporain d'attentes associées au rôle du malade et son parcours de soins met fortement l'accent sur l'autonomie et l'autodétermination. Ou, comme le dit une publication de la Plateforme flamande des patients, « être aux commandes de sa propre vie », y compris en fixant ses propres objectifs (Plateforme flamande des patients, 2025). Cette incitation explicite à l'autogestion est un fil conducteur dans toutes les publications sur les soins orientés vers les objectifs de la personne. Par exemple, le même article indique que nous pourrions « considérer les soins orientés vers les objectifs de la personne comme une condition préalable à l'autogestion ». Il s'agit d'une forme d'autodétermination et de responsabilité pour jouer un rôle dans le processus de la maladie. Mais il faut d'abord savoir ce qui vous tient à cœur et où vous voulez aller. La gestion de soi commence par la question de savoir ce qui est important pour moi et quels sont les objectifs de vie. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on peut se pencher sur la question de l'autodétermination. Un travail ciblé fournit donc la motivation nécessaire pour se lancer dans l'autogestion » (Plateforme flamande des patients, 2025, notre traduction). Le site web de *De Academie Voor De Eerste Lijn* a même présenté le « soutien à l'autogestion » comme l'un des quatre principaux piliers de la période de fonctionnement 2019-2024, en tant que thème distinct à côté des soins orientés vers les objectifs de la personne (Academie Voor De Eerste Lijn, 2025). Le site web *Eerstelijnszone.be*, un site d'information créé par et pour les zones de première ligne en Flandre avec le soutien du gouvernement flamand, écrit également qu'au sein des soins orientés vers les objectifs de la personne, « l'accent est mis sur les possibilités et la résilience » de l'individu (Eerstelijnszones, 2024). Le chercheur Boeckx résume : « l'objectif principal de l'organisation actuelle des soins de santé en Flandre est de permettre au patient de piloter son parcours de soins, qui sera basé sur les objectifs de vie » (Boeckx, 2023, p.152, notre traduction).

L'accent mis sur l'autogestion, en utilisant des termes tels que motivation, autodétermination, résilience, autonomie et responsabilité, reflète une évolution sociétale plus large dans laquelle l'individu endosse plus de responsabilité. Comme nous l'avons déjà indiqué dans l'étude de la littérature (voir 1.4), cela correspond au type idéal de citoyen encouragé aujourd'hui comme quelqu'un d'émancipé, d'indépendant, de responsabilisé et d'autonome (Bredewold et al., 2018). Mais le revers de la médaille de cet encouragement à l'indépendance est **une dévalorisation implicite de la dé-**

pendance. La recherche sociologique a déjà montré de manière convaincante que les personnes qui sont encouragées à être indépendantes et à résoudre leurs problèmes par elles-mêmes intériorisent souvent l'idée qu'il est indésirable, inacceptable, voire faible, d'être dépendant des autres, d'accepter des soins et de dépendre des services sociaux (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Les chercheurs ont déduit d'entretiens approfondis avec des répondants dépendants de soins « un discours dans lequel (presque) toutes les formes de dépendance étaient niées, et dans lequel une part disproportionnée de responsabilité personnelle était assumée pour des aspects de la vie qui ne sont pas réductibles à la capacité personnelle d'agir d'un individu » (Peacock, Bissell, & Owen, 2014, p.174, notre traduction). Ils ajoutent que l'intériorisation de narratifs tels que l'autonomie et l'indépendance peut entraîner une augmentation des niveaux de stress et être préjudiciable à la santé et même à la longévité.

3.2. Ne pas perdre de vue les inégalités sociales

Le deuxième angle mort découle du premier. Comme on a pu le constater, la responsabilité individuelle, l'autogestion ou - comme l'indique à plusieurs reprises le projet de loi modifiant la loi sur les droits du patient - « l'autonomie du patient » (Chambre des représentants, 2023, p. 14) sont fortement mises en avant dans le contexte des soins orientés vers les objectifs de la personne. Une synthèse politique de la Fondation Roi Baudouin souligne également que le-la patient-e « doit devenir la force directrice et l'acteur des soins de santé » (Koning Boudewijnstichting, 2024, p. 4, notre traduction) et doit apporter sa propre « expertise d'expérience » (Idem, p. 5). Les soins orientés vers les objectifs de la personne s'appuient donc en fin de compte sur « une vision positive de la santé, basée sur les objectifs et les capacités de la personne elle-même » (Vivel, 2025). Toutefois, il est extrêmement important de comprendre que chaque personne ne dispose pas du même espace, des mêmes ressources ou des mêmes compétences pour l'aider à élaborer son propre plan de soins. L'inconvénient majeur de s'appuyer sur la contribution individuelle du-de la patient-e réside dans le fait que les déterminants sociaux et autres déterminants contextuels qui influencent à la fois la maladie et le recours aux soins risquent d'être négligés. Or, ceux-ci jouent un rôle crucial. D'abord en ce qui concerne la prédisposition à la maladie, mais ensuite en ce qui concerne la capacité à concevoir et à mener à bien un parcours de soins. La non-prise en considération de ces déterminants pourrait conduire à une exacerbation des inégalités au détriment des plus vulnérables.

Tout d'abord, la recherche empirique indique que les personnes confrontées à des difficultés sociales et économiques courent un risque plus élevé d'être diagnostiquées comme souffrant de maladies chroniques (Franklin, Willis, Lewis, & Smith, 2021 ; Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Il est important d'en tenir compte dans le contexte des soins orientés vers les objectifs de la personne, car cette approche des soins trouve son origine historique précisément dans la prise en charge des maladies chroniques. La recherche montre également que les personnes confrontées à des difficultés sociales et économiques présentent des taux plus élevés de complications associées, subissent une multimorbidité et une charge de traitement plus importantes, décèdent plus tôt et font état d'une qualité de vie inférieure à celle des personnes issues de milieux plus privilégiés (Boehmer et al., 2018 ; Hill, Nielsen, & Fox, 2013). En résumé, la recherche confirme depuis longtemps déjà le lien étroit entre le contexte socio-économique des individus et leur susceptibilité à la maladie ou leur état de santé moins favorable. Nous devons donc veiller à ce que l'accent mis sur l'autogestion ne nous éloigne pas de notre objectif de soigner les patient.e.s en fonction de leurs besoins de soins réels.

Cette association n'est pas seulement importante d'un point de vue préventif. Elle joue également un rôle crucial dans la gestion des problèmes de santé et des maladies, ainsi que dans la qualité du parcours de soins. La recherche montre que les **personnes confrontées à des difficultés sociales et économiques ont beaucoup plus de mal à se lancer dans l'autogestion (Franklin, Willis, Lewis, & Smith, 2021)**. Les interventions en matière d'autogestion se concentrent presque exclusivement sur le comportement individuel, alors qu'il est lui-même largement influencé par le contexte social d'une personne. Cette idée constitue le message central d'un discours prononcé par le professeur Dr Jany Rademakers, à l'occasion de son acceptation du poste de Professeure en littérature en santé et participation des patients (Rademakers, 2016) dans lequel elle soulève des questions explicites sur ce qu'elle appelle « le patient actif en tant qu'utopie » (Rademakers, 2016, p. 1) et parle d'une 'utopie' précisément parce que de nombreux individus « ne peuvent pas répondre aux attentes élevées placées en eux dans ce contexte » (Idem, p. 9, notre traduction). Rademakers identifie trois difficultés dans ce contexte.

Tout d'abord, au niveau le plus fondamental, il y a la question de l'alphabétisation. Rademakers souligne que les personnes ayant suivi un parcours scolaire plus court, ainsi que celles qui ont été confrontées à un décrochage

scolaire (en primaire) pour cause de maladie, de handicap ou d'autres problèmes, sont beaucoup plus susceptibles d'être moins alphabétisées. Ce fait, associé à une honte vécue qui les rend réticentes à le faire remarquer et donc, dans de nombreux cas, à demander de l'aide, est un obstacle majeur pour trouver leur chemin à travers les informations médicales, les formulaires, les brochures, voire simplement les panneaux ou les indications dans les hôpitaux (Rademakers, 2016). Aujourd'hui, en Flandre, 16% des habitant-es ont un faible niveau d'alphabétisation, un pourcentage qui a augmenté par rapport à la décennie précédente. Les personnes peu qualifiées ont obtenu des résultats nettement moins bons que les personnes longuement qualifiées à ce niveau (Dewulf, et al., 2024).

Deuxièmement, la possibilité de jouer un rôle actif ne dépend pas seulement de la capacité à lire (correctement), mais aussi de la capacité à comprendre et à appliquer les informations à sa propre situation. Il s'agit généralement du niveau de traitement de l'information, qui est directement lié à ce que l'on appelle la littératie en santé et à la capacité à appliquer des compétences en matière de santé (Rademakers, 2016). Les recherches menées par Sciensano montrent que 33% de la population de la Belgique âgée de plus de 15 ans a un niveau faible de littératie en santé, ce qui, selon les chercheurs, signifie concrètement que les personnes n'ont pas les compétences suffisantes pour prendre des décisions concernant leur propre santé. Les personnes qui sont déjà en mauvaise santé et les personnes peu qualifiées - ou, en d'autres termes, les personnes qui ont tout simplement davantage besoin de soins et de soutien - obtiennent plus souvent des résultats faibles en matière de littératie en santé que les personnes en bonne santé et les personnes ayant un niveau d'instruction élevé (Sciensano, 2020).

Les deux aspects décrits, la littératie et le traitement de l'information sur la santé, sont tous deux liés aux compétences cognitives de l'individu. Mais troisièmement, il y a aussi une dimension socio-économique, souligne Rademakers. Le soutien de l'environnement ou d'autres influences sociales s'avèrent souvent être des conditions majeures pour adopter certains comportements, comme arrêter de fumer ou faire plus d'exercice. La confiance en soi nécessaire pour poser des questions au médecin, participer activement à la consultation, parvenir à une prise de décision partagée et modifier son mode de vie est également fortement influencée par le capital culturel, social et économique plus large de la personne et est cruciale pour assumer son propre rôle en matière de santé et de soins (Rademakers, 2016). Pour être complet, il est néces-

saire de souligner que le ou la médecin joue également un rôle important : contribue-t-il-elle à créer un contexte dans lequel des questions peuvent être posées ? Est-il-elle prêt à écouter les questions ? Des recherches antérieures menées par Rademakers montrent déjà que près d'un-e Néerlandais-e sur deux déclare qu'il-elle lui est difficile, voire très difficile, de jouer un rôle actif dans la prise en charge de sa propre santé et de sa maladie (Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014). Il semble qu'il y ait une forte corrélation avec le niveau de formation : les personnes ayant suivi une scolarité plus courte ont indiqué avoir moins de connaissances, moins de confiance en soi et moins de motivation (Rademakers, Nijman, Brabers, de Jong, & Hendriks, 2014). Il n'y a aucune raison de penser qu'il en irait différemment en Belgique.

Pour les personnes confrontées à des difficultés sociales et économiques, la gestion concrète de la maladie s'éloigne nettement de l'idéal d'autonomie, d'autodétermination et de pilotage personnel que suppose le principe d'autogestion (Audet, et al., 2017 ; Warin, et al., 2015). La recherche sociologique et phénoménologique montre que la manière dont les gens imaginent leur avenir - ce que signifie essentiellement « fixer des objectifs d'autogestion » - est inextricablement liée aux expériences passées et présentes, et donc fortement ancrée dans un contexte social spécifique (Franklin, et al., 2019). La mesure avec laquelle les individus sont capables d'évaluer et de réduire les risques médicaux est étroitement liée au positionnement social et à la capacité de mobiliser des ressources. Plus précisément, cela semble être déterminé par des réalisations et des accomplissements passés ayant un impact, par une expérience subjective de « maîtrise » du présent, de son propre corps et de sa propre situation, et par l'accès à un capital social, culturel et économique suffisant pour percevoir les objectifs comme des opportunités pour un avenir meilleur. En revanche, les personnes qui perçoivent moins favorablement leur accès aux ressources et leur position sociale sont beaucoup plus fortement influencées par des expériences antérieures de perte, de difficulté et d'épreuve. La fixation d'objectifs représentait moins pour elles une « chance » ou une « opportunité », mais est davantage vécue comme une obligation (Franklin, et al., 2019b).

Ainsi, la mesure avec laquelle l'autogestion peut être entreprise avec succès dépend beaucoup des ressources, du soutien social et de l'histoire personnelle, en particulier des échecs ou des succès passés qui influencent la façon dont les difficultés actuelles sont perçues. En revanche, ce n'est pas du tout une affaire strictement individuelle, fondée sur la seule motivation et la cognition individuelle,

même si le narratif autour de l'autogestion le laisse souvent penser (Franklin, et al., 2019b). Des recherches antérieures ont déjà indiqué que les personnes issues de groupes minoritaires et celles ayant des difficultés financières ou sociales semblaient plus souvent être évaluées négativement par les prestataires de soins, avoir moins de temps de contact avec ces derniers, obtenir moins d'informations, poser moins de questions elles-mêmes et, d'une manière générale, être moins susceptibles de contester ou de critiquer les avis des prestataires de soins (Dubbin, Chang, & Shim, 2013 ; Protheroe, et al., 2013). Malgré toutes ces connaissances, ainsi que l'ont conclu Franklin et ses collègues, la plupart des approches théoriques de l'autogestion des soins n'accordent que peu ou pas d'attention à la manière dont les facteurs sociaux et structurels influencent les interactions entre patient-es et prestataires (Franklin, et al., 2019b). Il convient de noter, pour être complet, qu'en Belgique, cela semble principalement être le cas du côté néerlandophone. Dans le contexte wallon et bruxellois, certains documents préconisent une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé en lien avec la thématique des soins orientés vers les objectifs de la personne (Stassen, Heymans, Colson, Kersten, & Buret, 2025).

3.3. Veiller à ce que la 'liberté de choix' ne prenne pas une tournure consumériste

Comme nous l'avons déjà mentionné, dans les soins orientés vers les objectifs de la personne, les priorités et les objectifs de vie du-de la patient-e sont au centre de l'attention, ce qui, d'une certaine manière, renverse la relation entre le prestataire de soins et le-la patient-e : il-elle devient maintenant un-e expert-e, qui seul-e peut indiquer quels sont les objectifs et comment minimiser au mieux les effets de la maladie sur la vie. Ce n'est plus exclusivement le-la professionnel-le de la santé qui identifie et hiérarchise les objectifs, mais aussi le-la patient-e qui indique quels objectifs il-elle souhaite atteindre et de quelle manière il-elle souhaite y parvenir. Ce point de départ exige une approche des soins et de la planification dans laquelle le-la patient-e détermine donc beaucoup plus activement les traitements et les services à choisir pour atteindre ces objectifs de la manière la plus probable et la plus efficace possible (Mitchell, 2013). Nous avons déjà identifié deux angles morts contenus dans ce postulat de départ, en partant du point de vue critique selon lequel de tels points de vue comportent un certain degré de « fausse neutralité » (Blunden & Calder, 2020). Pour rappel, la « fausse neutralité » souligne que la notion de « liberté de choix » *semble* à priori neutre alors

qu'elle n'échappe jamais totalement au contexte culturel dans lequel elle s'exerce. Selon cette approche, nous voyons un troisième risque potentiel qui est lié à la superposition conceptuelle entre 'le-la patient-e' et 'le-la consommateur-trice', dans la mesure où la citoyenneté, dans un contexte néolibéral plus large, est largement réduite au consumérisme. Il faut donc veiller à ce que l'accent mis sur la participation et l'autodétermination ne conduise pas à l'incursion d'une logique consumériste dans les soins.

En effet, dans le cadre du néolibéralisme, de plus en plus de services sont explicitement considérés comme des produits à acheter et à vendre contre paiement. Des termes tels que l'émancipation personnelle, l'autodétermination et la liberté de choix individuelle peuvent avoir le potentiel positif de renforcer l'autonomie du-de la patient-e, mais ils peuvent également conduire à une marchandisation accrue dans laquelle les soins sont de plus en plus considérés comme un service à acheter (Henderson & Petersen, 2002). Le fait est que le néolibéralisme repose sur l'idée d'un marché comme lieu de rencontre entre des individus autonomes qui s'engagent dans des interactions et des relations économiques les uns avec les autres. L'hypothèse de l'autonomie des individus est essentielle à cet égard, sans quoi la notion de transactions économiques ne tient plus. Les chercheurs Ledema et Veljanova (2013) décrivent comment cette logique percole dans le domaine de la santé aujourd'hui. Ils constatent qu'une sorte de consumérisme des soins est de plus en plus explicitement promu en **ne plaçant plus les personnes ayant besoin de soins** au centre du discours sur les soins, mais en cultivant **au contraire une image idéale du consommateur-trice de soins proactif-ve, bien informé-e et autonome**, qui devrait considérer sa santé comme un produit ou une forme de capital dans lequel investir. Dans le même temps, décrivent les auteurs, l'idée de « patients passifs pris en charge par l'État-providence » est de plus en plus activement rejetée (Ledema & Veljanova, 2013, p.2, notre traduction). Ceci est cohérent avec les recherches précédemment citées où la culture de l'autonomie semble être également associée à un rejet implicite de l'idée de dépendance (Peacock, Bissell, & Owen, 2014).

L'article de recherche '*Patient-centricity et consumérisme dans les soins de santé : un labyrinthe idéologique*' (Latimer, Roscamp, & Papanikitas, 2017, notre traduction) a mis en garde il y a plusieurs années contre un chevauchement conceptuel de plus en plus explicite entre la notion de centralité du-de la patient-e d'une part et le consumérisme d'autre part. En effet, l'importance accordée à la participation de la personne nécessitant des soins peut rapidement

passer d'une philosophie bien intentionnée visant l'épanouissement des patient-es à une pensée de marché et un libertarianisme dans lesquels le-la patient-e s'approprié une liberté de choix totale pour lui-elle-même en tant que consommateur-trice (Latimer, Roscamp, & Papanikitas, 2017). Et ce chevauchement conceptuel peut avoir un certain nombre de conséquences indésirables. Ainsi, Chen et Wasserman (2017) ont établi un lien entre cette évolution et une surutilisation des soins avec peu de valeur ajoutée qui s'observe au travers de l'augmentation du nombre de demandes de patient-es ou de prescriptions de médecins non motivées ou non fondées. Plus précisément, Chen et Wasserman ont constaté que davantage d'analyses supplémentaires et surtout inutiles étaient demandées pendant les grossesses, ainsi qu'une augmentation de l'usage inapproprié d'antibiotiques.

Selon Bellieni (2018), un autre risque est que les prestataires de soins tendent à se concentrer sur les traitements et les patient-es lucratifs, au détriment des soins complexes ou moins rentables. Cela peut entraver l'accessibilité des personnes à revenus limités, voire réduire l'accès aux soins, car le fonctionnement de marché entraîne une augmentation des coûts et une diminution des subventions. Plus généralement, l'auteur affirme que cette évolution menace de modifier les mentalités, transformant non seulement les patient-es en 'consommateur-trices', mais aussi les hôpitaux en 'entreprises de gestion' où les traitements ne sont plus basés sur l'alliance thérapeutique, la confiance et la fiabilité, mais sur des motifs financiers et une fausse sécurité. Bellieni souligne que l'autonomie du-de la patient-e et les soins centrés sur le-la patient-e sont et restent des idées très importantes, mais que l'amalgame avec les tendances consuméristes menace l'accès aux soins et leur qualité. Il conclut donc qu'il est crucial de se concentrer d'abord sur une bonne relation entre le-la prestataire de soins et le-la patient-e, et surtout que cette relation soit fermement ancrée dans un cadre moral et éthique bien pensé et complet qui ne se concentre pas sur la maximisation du profit, mais sur les soins et l'humanité en tant que valeurs fondamentales (Bellieni, 2018).

Pour être complet, il est impératif de rappeler que l'importance d'un bon dialogue et d'une bonne relation entre le-la patient-e et le-la soignant-e est également fortement soulignée dans de nombreux textes de recherche et de politique des soins orientés vers les objectifs de la personne (Boeykens, 2023 ; Boeykens, et al., 2022 ; Boeckxstaens et al., 2020). Nous n'avons aucune raison de douter des bonnes intentions qui se cachent derrière ces affirmations. Toutefois, nous nous inquiétons du cadre normatif plus large

dans lequel se déroulent ces dialogues, où les approches de marché s'infiltrent dans la promotion de la santé et encouragent l'idée qu'il existe des 'consommateur-trices' ayant des besoins, des souhaits ou des désirs d'une part, et des prestataires et des fournisseurs de biens et de services de santé d'autre part. Ce cadre normatif permet non seulement un large chevauchement conceptuel entre la liberté de choix individuelle et le consumérisme, mais il présente également un caractère dissimulé. En effet, la logique de consommation est le plus souvent conçue comme un fait neutre et transactionnel, alors qu'en réalité elle façonne tout un ensemble de croyances et de valeurs sur ce que signifie aujourd'hui être un-e 'bon-ne citoyen-ne' ou plus spécifiquement un-e bon-ne patient-e (Henderson & Petersen, 2002). Cette logique s'accompagne en outre d'attentes et d'exigences qui ne sont pas réparties de manière égale et ne fonctionnent pas de la même manière pour tout le monde.

Enfin, dans ce contexte, il est essentiel de comprendre que cette approche des soins en tant que « biens et services liés à la santé à consommer » est façonnée non seulement par le choix apparemment rationnel des avantages perçus en matière de santé, mais également par des représentations, des styles de vie et des préférences déterminés dans une certaine mesure par le statut social. Selon Henderson & Petersen (2002), l'une des principales lacunes dans l'élaboration des récentes stratégies de promotion de la santé est l'incapacité à reconnaître le rôle que joue la culture dans la formation des goûts et des préférences. Dans un contexte où la santé, la consommation et l'identité sont de plus en plus étroitement liées, il serait naïf de croire que les actions des individus sont déterminées uniquement par des considérations de 'santé'. Dans le contexte de l'encouragement sociétal contemporain à 'acheter' l'individualité personnelle par le biais du consumérisme, une préoccupation majeure est donc l'érosion potentielle des valeurs et des normes collectives et communautaires.

Iedema et Veljanova (2013) expliquent comment le consumérisme en matière de soins de santé peut ainsi déboucher sur ce qu'ils appellent le « soin fait soi-même (*do it yourself*) », où les patient-es s'appuient sur leurs propres expériences corporelles vécues comme élément ultime pour compléter ou, dans les cas les plus extrêmes, rejeter et remplacer les techniques, médicaments et services médicaux conventionnels par des conseils, des idées et des traitements qui sont moins ou même pas considérés comme acceptables dans les limites des sciences biomédicales traditionnelles. Iedema et Veljanova notent que, ironiquement, l'élan de cette tendance aujourd'hui n'est pas tant le fait de la disponibilité de traitements alternatifs complé-

mentaires opérant à la périphérie de la médecine reconnue et *evidence-based*, mais le produit d'une politique et d'une culture générale qui encouragent activement les patient-es à formuler leurs propres réponses aux enjeux de santé. L'accent mis sur l'autodétermination et la coproduction ne remet donc pas seulement en question la convention selon laquelle les patient-es sont des bénéficiaires passifs des soins, affirment Iedema et Veljanova, mais peut également alimenter l'idée que les services de santé formels et la médecine agréée ne sont plus les seuls organismes de choix pour répondre aux besoins cliniques et aux attentes en matière de soins (Iedema & Veljanova, 2013).

3.4. Se prémunir contre la pression de performance au sein du parcours de soins

Enfin, une étude de Blunden et Calder (2020) met en évidence un quatrième angle mort potentiel. Selon les auteurs, le discours sur les soins centrés sur la personne énonce le principe selon lequel les individus ont une valeur humaine inaliénable qui n'est pas diminuée par le fait de recevoir des soins ou d'en être dépendant. Ils ajoutent toutefois que « le fait que ce point doive être souligné implique que les personnes qui reçoivent ou nécessitent des soins peuvent donc être confrontées à un manque de dignité, à une absence de compassion ou à un manque de respect » (Blunden & Calder, 2020, p.4, notre traduction). Les auteurs se réfèrent à des études antérieures, notamment au phénomène d'« usure de la compassion », qui montre que les personnes vulnérables ou souffrantes peuvent parfois susciter l'impatience, la réticence, l'aversion, voire, dans de rares cas extrêmes, la cruauté de la part du personnel soignant. Ces observations suggèrent qu'une bonne relation, ou, en d'autres termes, le champ intersubjectif entre le-la prestataire de soins et le-la bénéficiaire, dépend d'un ensemble implicite d'attentes qui peuvent se transformer en frustration lorsqu'elles ne sont pas satisfaites. En effet, une interaction ne commence jamais sur une page blanche, mais est toujours fondée sur des attentes normatives et sociales établies a priori sur ce qui constitue un bon soin d'une part, mais aussi sur ce qui est un comportement souhaitable pour un-e patient-e d'autre part.

Dans ce contexte, la conclusion d'une étude qualitative sur les soins orientés vers les objectifs de la personne chez les patient-es atteint-es de maladies chroniques est intéressante : « Le fait d'être dépendant des autres a été décrit comme l'une des plus grandes difficultés à gérer la maladie. Les patients avaient l'impression de déranger les

autres et essayaient d'éviter autant que possible de demander de l'aide » (Boeckxstaens, et al., 2016, p.124, notre traduction). Le fait de vouloir éviter l'aide, ou même de décrire le besoin d'aide comme une faiblesse, est également explicitement constaté dans d'autres études (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Il est important de se demander d'où viennent ces idées. Bien plus que de simples opinions individuelles ou des traits de caractère, ces opinions largement partagées sont principalement liées à des attentes sociales et normatives. Elles indiquent l'intériorisation de l'idée que la dépendance à l'égard d'autrui n'est pas souhaitable et doit, tout au plus, être considérée comme un état temporaire dont il faudrait sortir le plus rapidement possible pour retrouver l'indépendance et l'autonomie. Ces points de vue portent en eux les échos d'une culture plus large qui dévalorise la dépendance au profit des idées d'autonomie et de résilience individuelle (Janssens & Lavergne, 2024).

Outre le rejet de la dépendance, cette culture plus large comporte un deuxième élément qui peut exercer une pression supplémentaire sur les patient-es dans le cadre spécifique d'un trajet de soins. Le philosophe Byung-Chul Han (2015) analyse dans son ouvrage la façon dont notre société occidentale est animée par une volonté illimitée de réussite et d'optimisation de soi. La notion de positivisme y joue un rôle central. En effet, le néolibéralisme promeut un message explicite de « *yes you can* » et un éthos résolument axé sur la performance. Selon Han, cette course effrénée à l'auto-optimisation entraîne non seulement des problèmes de santé mentale tels que le burn-out et la dépression, mais aussi un manque de compréhension et d'empathie à l'égard des personnes qui sont malades à long terme ou qui ne peuvent pas se rétablir rapidement. Cela peut entraîner un sentiment de culpabilité chez ceux et celles qui ne peuvent répondre à ces attentes, faisant des soins ou du rétablissement non seulement une question médicale, mais aussi un défi social et moral (Périlleux, 2023). Une complexité supplémentaire réside dans le fait que cet éthos néolibéral axé sur la performance n'est pas tant imposé de l'extérieur qu'intériorisé de manière interne et inconscient. De nombreuses personnes intériorisent ces valeurs d'auto-optimisation à tel point qu'une volonté interne de performance et d'amélioration se manifeste. Autrement dit, les gens s'exploitent eux-mêmes sans s'en rendre compte. En effet, beaucoup considèrent ce besoin de performer comme leur propre choix, affirme Han, limitant essentiellement l'apparente « liberté de choix » à une exhortation implicite à faire le *bon* choix. Ou, comme le dit le sociologue Nikolas Rose, nous sommes *obligés* d'être libres, et de surcroît seulement de la *bonne manière* (Rose, 1999).

Ainsi, bien que le discours sur **l'autonomie du-de la patient-e et l'autogestion** semble initialement **porter sur la liberté de choix individuelle**, les choix que nous devons faire sont en réalité déjà tracés à l'avance, comme l'analysent également le professeur de philosophie médicale et d'éthique Ignaas Devisch et le professeur Stijn Vanheule (Devisch & Vanheule, 2015). Ils affirment que les soins de santé modernes ont récemment mis l'accent sur l'autonomie, s'éloignant ainsi de l'attitude paternaliste qui caractérisait la période précédente. Mais en filigrane, et de manière beaucoup plus subtile qu'auparavant, il existe toujours un certain type de subjectivité qui est présenté comme « normal » ou « bon », et les individus qui s'en écartent sont soumis à des stratégies de gestion des risques, affirment Devisch et Vanheule. Par exemple, ils sont incités à intérioriser l'importance d'un mode de vie sain, à faire des choix qui mènent à l'optimisation de soi, ou à être indépendants de l'aide ou des soins le plus vite possible. S'ils ne le font pas, l'incompréhension, le rejet ou une autre forme de désapprobation sociale s'ensuivent, affirment les auteurs. Lorsque les gens sont exhortés à « s'aider eux-mêmes », cette exhortation est toujours orientée vers un objectif particulier. Et pour déterminer cet objectif, des dynamiques sociales, des incitations et des impératifs sont toujours en jeu, opérant de manière extrêmement subtile, stratégique et toujours directive (Foucault, 2008).

Plutôt qu'une pratique de soutien sans valeur, Devisch et Vanheule concluent que l'autonomie du-de la patient et l'autogestion impliquent, pour une part importante, « la **promotion d'une éthique du soi, qui encourage les individus à s'autogérer**, produisant certaines formes de subjectivité et certains modes de subjectivation » (Devisch & Vanheule, 2015, p.430, notre traduction). L'éthicien Jan Rollies a précédemment décrit la subjectivité néolibérale comme une « idéologie qui met l'esprit au service de la performance et du profit » (Rollies, 2002, notre traduction), et a également noté que les gens incorporent toutes sortes de métaphores sportives et de termes connexes sous le concept de la formation continue, de l'épanouissement personnel et même de la spiritualité dans le discours des entreprises. Ces derniers sont présentés comme des moyens de développement personnel et d'épanouissement, mais ils sont en fin de compte principalement au service de l'obtention de rendements plus élevés ou de la génération de capital. Nous notons que ces métaphores ont déjà fait leur chemin dans le contexte de l'aide à la santé et des soins, encourageant les prestataires de soins à adopter une « attitude de coaching » à l'égard du -de la patient-e (Eerstelijnszone, 2025).

4. Recommandations

4.1 Reconnaissance du poids des schémas culturels

Le fameux père des soins orientés vers les objectifs de la personne, James Mold, écrivait dans un article récent : « les soins de santé ne sont pas seulement complexes, ils sont aussi extrêmement personnels » (Mold, 2022, p.146, notre traduction). Bien qu'étant en accord avec ce constat, nous pensons néanmoins que les soins, en tant que pratique sociale (relationnelle), sont soumis à des cadres sociaux, culturels, moraux et normatifs plus larges qui, à une époque et un lieu donnés, définissent ce que nous considérons collectivement comme normal et respectable. Nous aimerions donc commencer les recommandations par un appel plus large à la prise de conscience de l'influence que la culture en tant que système de valeurs intériorisées exerce sur notre pensée, nos actions et, par conséquent, sur nos perceptions de la santé et sur les résultats. En effet, bien que la santé soit souvent présentée comme universelle et objective, ce qui est considéré comme « normal », « souhaitable », « précieux » ou même « sain » est profondément ancré dans des valeurs socialement construites qui diffèrent notamment selon la situation sociale et qui n'opèrent pas de la même manière pour tous et toutes. C'est là que se situent les différents angles morts et même les risques potentiels qui se produisent *non pas malgré*, mais précisément à *cause des* cadres normatifs qui pèsent implicitement sur les pratiques et les attentes en matière de soins.

Il est donc non seulement souhaitable, mais aussi nécessaire que la recherche scientifique et la politique des soins reconnaissent de façon structurelle cette dimension socialement construite. Cela signifie : reconnaître que la santé et les soins ne sont pas neutres, mais co-déterminés par des présupposés souvent implicites sur l'autonomie, le succès, l'indépendance, la résilience ou la responsabilité individuelle. En effet, sans cette reconnaissance, le risque est d'ignorer à quel point ces présupposés sont loin d'être partagés de façon universelle. Dans la quête de soins plus inclusifs et équitables, il ne suffit pas de placer uniquement le-la patient-e au centre. Il faut également examiner l'ensemble des déterminants sociaux qui facilitent ou excluent structurellement l'accès aux soins.

Les équipes de recherches, ainsi que les décideur-euses politiques et la société civile devraient **considérer plus activement l'ensemble des systèmes de valeur qui prévalent**

dans la société comme un déterminant incontournable de la manière dont les soins sont vécus, organisés et valorisés. En effet, ce n'est qu'en comprenant à quel point ces déterminants culturels sont profondément enracinés et souvent invisibilisés que nous pourrions œuvrer à la mise en place de soins de santé véritablement adaptés aux diverses réalités de la vie des personnes, c'est-à-dire à la fois axés sur les objectifs de la personne *et* équitables.

4.2 Œuvrer à une culture où les soins et l'interdépendance occupent une place plus centrale

Conformément au memorandum MC, nous souhaitons souligner que la personne doit être au centre du modèle de soins (CM, 2024). Nous voulons dès lors insister sur l'appréciation positive du potentiel du concept des soins orientés vers les objectifs de la personne, à condition qu'il ne se limite pas à une simple approche individualisante. Si les soins orientés vers les objectifs de la personne sont compris non pas uniquement comme un appel à la responsabilité individuelle, mais davantage comme une invitation à une prise en charge collective des besoins particuliers de chacun-e, alors il devient possible de remettre la collaboration, la solidarité et l'engagement mutuel au centre du parcours de soins. De ce point de vue, les soins orientés vers les objectifs de la personne peuvent être rattachés au principe d'universalisme proportionné stipulant que l'aide doit être à la fois structurellement disponible pour tous et toutes, mais dimensionnée aux besoins inégaux des différents groupes sociaux (Marmot, et al., 2010).

Pour que cette promesse se réalise, il faudra un changement culturel dans lequel la dépendance vis-à-vis des autres personnes sera comprise comme quelque chose de relationnel, d'humain, voire de souhaitable, et non plus perçue comme quelque chose de problématique, de honteux ou de faible (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Aujourd'hui, la dépendance semble encore trop souvent se trouver en marge du discours : comme une chose à surmonter ou à minimiser, ou comme un écart temporaire par rapport à la norme de l'indépendance. Il est essentiel de rappeler que notre dépendance est en réalité universellement partagée par tout un chacun parce qu'inhérente à notre condition humaine - les uns envers les autres, envers notre environnement, et plus précisément dans le cadre de la maladie, envers les prestataires de soins – ce qui est le cœur même de ce qui constitue les soins. Reconnaître et valoriser explicitement cette interdépendance contribue à créer un environnement propice pour recourir aux soins en cas de

besoin. Cette démarche essentielle à la préservation de la santé n'est alors pas seulement acceptée, mais doit être valorisée.

En ce sens, nous voulons plaider en faveur d'un changement de culture où il s'agit de *partager* plutôt que de *donner* des soins, et où le caractère collectif de la santé est davantage visible. Les soins orientés vers les objectifs de la personne pourraient davantage inclure les germes d'une culture où les soins sont fondés sur la connexion, la solidarité et la reconnaissance de la vulnérabilité de chacun et chacune. C'est cette évolution, **l'abandon du culte de l'individu pour une société plus juste qui reconnaît et célèbre l'interdépendance sociale, qui, selon nous, ouvre la véritable voie vers des soins plus durables et inclusifs.** La société civile a un rôle actif à jouer dans la défense et la diffusion de ce message.

Une mise en œuvre spécifique de ce principe d'interdépendance peut être trouvée dans le « *care mainstreaming* » (Brückner, Fleischer, & et al., 2021). Ce concept implique une approche stratégique préventive pour souligner et clarifier l'importance des soins en les incluant à tous les niveaux du processus de planification économique et sociopolitique des soins. Le « *care mainstreaming* » implique que chaque instance publique tienne compte des conséquences sur la santé de certaines politiques lors de la prise de décision. Cela vaut tant pour les personnes chargées d'organiser les soins que pour les prestataires et les bénéficiaires des soins. Il s'agit également d'organiser les débats sur les soins de manière à inclure la réalité et les préoccupations de toutes les parties prenantes.

4.3. Veiller à ce que l'ancrage législatif des soins orientés vers les objectifs de la personne bénéficie aux patient-es

Troisièmement, nous aimerions émettre une réserve quant à l'ancrage institutionnel et législatif croissant des soins orientés vers les objectifs de la personne. En effet, même si la reconnaissance formelle de ce paradigme offre la possibilité de déployer plus fermement les soins centrés sur la personne, nous devons veiller à ce que cette évolution se fasse réellement en faveur du-de la patient-e. Les soins orientés vers les objectifs de la personne ne doivent pas être utilisés par inadvertance comme un instrument politique où, par exemple, la fixation d'objectifs individuels devient une condition d'accès à certains droits, remboursements ou formes de soins. Une telle logique irait à l'encontre des intentions inclusives du concept et

créerait également de nouvelles formes d'exclusion. Les chercheur-euses et les prestataires de soins qui travaillent sur ce concept doivent se demander : que se passe-t-il si un-e patient-e se sent - temporairement ou non - incapable de formuler des objectifs personnels ? Ou que se passe-t-il si une personne s'est largement résignée à sa maladie et n'aspire plus à une autonomie totale ou à un rétablissement au sens classique du terme ?

Nous tenons à souligner que les soins orientés vers les objectifs de la personne, s'ils sont intégrés dans les modèles de politique et de financement, ne peuvent fonctionner de manière équitable que s'ils tiennent compte des diverses formes de vie et de souffrance humaines – en particulier celles qui ne se conforment pas à l'idéal normatif d'auto-optimisation ou d'indépendance. L'absence d'objectifs explicites ne peut en aucun cas être interprétée comme un manque de motivation ou, encore moins, de dignité, ni comme une raison valable pour réduire les soins ou l'aide. Il est donc essentiel de rester attentif à la manière dont le pilotage politique s'organise et de veiller à ce qu'il ne dégénère pas en mécanismes coercitifs mettant les patient-es sous pression pour qu'ils-elles expriment un certain type de désirabilité. Nous plaidons donc pour **une approche réfléchie de l'intégration politique ultérieure des soins orientés vers les objectifs de la personne, qui assure que la diversité des situations individuelles, en particulier les plus difficiles ou les moins socialement valorisées, puissent bénéficier de soins à la hauteur des besoins, sans conditions préalables ou discriminations latentes.**

4.4 Être vigilant face au consumérisme dans les soins de santé

Quatrièmement, nous constatons qu'une image idéale du-de la patient-e est aujourd'hui promue, celle d'un « consommateur-trice » autonome et averti-e de « services de soins de santé » (Henderson & Petersen, 2002). Cependant, on peut se demander si ces attentes conduisent les gens à trouver facilement la solution la plus qualitative pour leurs besoins, et si cette image idéale d'un « comportement rationnel du-de la consommateur-trice » correspond vraiment à la réalité quotidienne et aux expériences vécues par chacun et chacune. Il faut donc veiller à ce que les soins orientés vers les objectifs de la personne ne deviennent pas le vecteur d'une logique consumériste qui percolerait dans le contexte des soins. Si le principe d'une plus grande participation à son propre parcours de soins est nécessaire en soi, il y a un risque à conceptualiser de plus en plus le-la patient-e comme un-e « consumma-

teur-trice » qui est libre de « choisir » entre les options de soins, comme si la santé était le résultat de transactions de marché individuelles. Ce passage des « soins comme un droit » aux « soins comme un bien » menace non seulement de saper la solidarité sur laquelle repose notre système de sécurité sociale, mais ouvre également la porte à un système de soins guidé par la logique de profit.

La croissance économique, en soi, ne pose aucun problème, mais elle ne doit jamais devenir une fin en soi, en particulier dans le contexte des soins de santé. Elle doit toujours permettre avant tout la couverture des besoins en soins pour assurer le bien-être de tous et toutes dans le cadre d'un système solidaire de redistribution équitable des richesses. En effet, le système de soins de santé repose sur le principe que l'accès à des soins de qualité ne dépend pas du pouvoir d'achat ni du comportement du marché, mais constitue une responsabilité collective portée par la solidarité. Les soins orientés vers les objectifs de la personne ne doivent donc certainement pas tomber dans un « modèle de choix » qui s'inscrit dans le langage de l'efficacité, de l'orientation client et de la création de valeur économique. La participation ne doit jamais être confondue avec le consumérisme. La complexité et la fragilité des relations de soins ne peuvent pas rentrer dans une logique de marché. Nous restons convaincus que **les soins orientés vers les objectifs de la personne ne peuvent réaliser leur plein potentiel d'émancipation que s'ils restent ancrés dans un système de soins de santé solidaire qui couvre les besoins en soins de chacun et chacune dans le respect de la dignité des personnes.**

4.5 Soutien structurel au personnel soignant

Enfin, nous voulons souligner que les soins orientés vers les objectifs de la personne ne peuvent être mis en œuvre de manière durable et qualitative que s'il existe également un engagement structurel suffisant en faveur de l'offre et du soutien au personnel soignant. En effet, dans le paradigme des soins orientés vers les objectifs de la personne, le rôle du prestataire devient beaucoup plus personnel et relationnel. En soi, il s'agit d'une évolution intéressante, mais il faut aussi du temps, de l'espace et de la main-d'œuvre pour tenir cette promesse. Lorsque les conditions ne sont pas réunies, la pression se reporte inévitablement sur le-la patient-e lui-elle-même. Sans un encadrement suffisant, les soins orientés vers les objectifs de la personne risquent alors de devenir une charge supplémentaire pour les personnes dépendantes plutôt qu'un soutien.

James Mold a écrit dans son tout premier article sur le sujet que « la relation entre le-la prestataire de soins et le-la patient-e devient beaucoup plus étroite, plus intime même. On doit porter une attention renforcée aux capacités personnelles, aux besoins et aux attentes de la personne qui a besoin d'aide, ce qui peut entraîner un certain attachement émotionnel qu'il est plus facile d'éviter avec une approche classique axée sur les problèmes » (Mold, Blake, & Becker, 1991, p.51, notre traduction). Autrement dit, il est important de reconnaître que les soins orientés vers les objectifs de la personne n'impliquent pas un modèle de choix distant, mais un effort de collaboration dans lequel le-la prestataire de soins ne se contente plus de « décider », mais écoute activement le-la patient-e, comprend sa situation et, sur cette base, formule des recommandations qui profitent à cette personne unique. Cela nécessite un degré accru de coordination relationnelle, prenant activement en compte les capacités individuelles, les vulnérabilités, les attentes et les besoins de la personne qui a besoin d'aide. Dans ce contexte, la relation entre le-la prestataire et le-la patient-e exige davantage de proximité, d'empathie et d'engagement, autant d'aspects qui peuvent être émotionnellement et professionnellement exigeants pour le-la prestataire.

Il est donc essentiel que les décideur-euses politiques et les employeur-euses apportent un **soutien structurel aux prestataires de soins**. Il ne s'agit pas seulement de formations ou de moments de réflexion, mais surtout **d'investissements réels en temps, en personnel et en conditions de travail réalistes**. Sans cet investissement, nous risquons d'exercer une pression sur l'aspect le plus fondamental des soins orientés vers les objectifs de la personne – c'est-à-dire la relation humaine – qui risque d'avoir des conséquences désastreuses tant pour le-la soignant-e que pour le-la patient-e. Par conséquent, pour que les soins orientés vers les objectifs de la personne fonctionnent, il est essentiel de soutenir structurellement les personnes qui sont chargées de les mettre en œuvre au quotidien. Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions garantir une pratique de soins plus personnelle, sensible au contexte et respectueuse de la dignité humaine.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons cartographié le discours sur le concept des soins orientés vers les objectifs de la personne. Plus spécifiquement, nous avons analysé des articles de recherche, des textes politiques et des publications d'organisations de réseaux et de la société civile concernées. Nous avons cherché les points aveugles dans les descriptions et interprétations plus larges de cette approche des soins, qui peuvent avoir des effets indésirables et les risques potentiels. À partir de l'analyse de ces textes et à la lumière de la littérature théorique pertinente, nous avons pu souligner que l'accent mis sur l'autogestion peut impliquer un rejet implicite de la dépendance et de l'accompagnement, que l'insistance sur les choix individuels risque de minimiser la dimension sociale de la santé et de la maladie, qu'il existe un certain risque de diffusion d'une logique consumériste dans la prise en charge, et que l'insistance sur l'autonomie et la définition d'objectifs pourrait exercer une pression sur les patient-es.

Ces constats contribuent à alimenter la réflexion autour de l'approche des soins orientés vers les objectifs de la personne de la manière la plus inclusive et la plus émancipatrice possible. Afin d'élaborer une approche de soins qui soutienne le plus grand nombre possible de personnes dans un parcours de soins de qualité et mieux couvrir ainsi les besoins de soins, il est indispensable de prévenir autant que possible l'ensemble de ces risques.

Bibliographie

- Academie Voor De Eerste Lijn. (2025). *Academie voor de eerste lijn*. Récupéré sur <https://www.academievoordeeerstelij.be/>.
- Arnoldus, R., & de Koning, M. (2021, Mei 20). *NeoliberaaI getinte 'roze' positieve gezondheidsbril verblindt*. Récupéré sur <https://www.socialevraagstukken.nl>.
- Audet, M., Dumas, A., Binette, R., & Dionne, I. J. (2017). Women, weight, poverty and menopause: understanding health practices in a context of chronic disease prevention. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1412-1426.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé : Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, 4, 7-31.
- Baker, A. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. British Medical Journal Publishing Group.
- Bellieni, C. V. (2018). Consumerism: A Threat to Health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(4), 112.
- Blunden, N., & Calder, G. (2020). Co-Production and Person-Centred Care in Neoliberal Conditions. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 8(1), 75-85.
- Boeckx, T. (2023). Why and how Flanders wants to roll out goal-oriented, integrated care based on life goals. A reflection between policymakers and policy organizations. *International Journal of Integrated Care*, 23(1), 412.
- Boeckxstaens, P., Willems, S., Lanssens, M., Decuyper, C., Brusselle, G., Kühlein, T., . . . De Sutter, A. (2016). A qualitative interpretation of challenges associated with helping patients with multiple chronic diseases identify their goals. *Journal of Comorbidity*, 6(2), 120-126.
- Boeckxstaens, P., & et al. (2020). *Goal-oriented care a shared language and co-creative practice for health and social care*. Koning Boudewijn Foundation.
- Boehmer, K. R., Dabrh, A., Gionfriddo, M. R., Erwin, P., & Montori, V. (2018). Does the Chronic Care Model meet the emerging Needs of People Living with Multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(2), e0190852.
- Boeykens, D. (2023). *Goal-oriented care, bridging theory and practice. Building blocks for primary health care interventions*. UGent.
- Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., & et al. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. *PLoS ONE*, 17(2), e0262843.
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2018). *De Verhuizing van de Verzorgingsstaat*. Vangennep Amsterdam.
- Breeze, R. (2011). Critical Discourse Analysis and its Critics. *International Pragmatics Association*, 21(4), 493-525.
- Brückner, M., Fleischer, E., & et al. (2021). Clean up time! Redesigning care after COVID-19: a position paper on the care crisis from Austria, Germany and Switzerland. *International Journal of Care and Caring*, 6(1-2), 247-251.
- Chen, S. C., & Wasserman, D. T. (2017). A Framework for unrestricted Prenatal Whole-genome Sequencing: Respecting and Enhancing the Autonomy of Prospective Parents. *Am J Bioeth*, 17, 3-18.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Davies, W. (2017). *The Limits of Neoliberalism: Authority, Sovereignty and the Logic of Competition*. London : Sage.
- Departement Zorg. (2025). *Alivia voor doelgerichte zorg*. Récupéré sur <https://www.departementzorg.be/nl/alivia-voor-doelgerichte-zorg>.
- DeSimone, A. S. (1975). Individualizing Rehab Plans for Cost-Effective Gains. *The Social and Rehabilitation Record*, 2(1), 24-28.
- Devisch, I., & Vanheule, S. (2015). Foucault at the bedside: A critical analysis of empowering a healthy lifestyle. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21, 427-432.
- Dewulf, L., Van Nieuwenhove, L., De Smedt, F., De Neve, J., Valcke, M., Van Keer, H., & De Wever, B. (2024). *Vaardigheden voor de uitdagingen van morgen: Vlaamse resultaten van PIAAC 2023*. Gent : UGent.
- Doelgerichte zorg in de eerste lijn bevorderen*. (2024, 9 décembre). Récupéré sur <https://kbs-frb.be/nl/doelgerichte-zorg-de-eerste-lijn-bevorderen-fonds-dr-daniel-de-coninck>.
- Doelgerichte zorg: waar put de patiënt vreugde uit?* (2024, 23 décembre). Récupéré sur <https://www.fondsdanieldeconinck.be/story/doelgerichte-zorg-waar-put-de-patient-vreugde-uit/>.
- Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). CHC and the Interactional Dynamics of Patient-Centered Care. *Social Science & Medicine*, 93, 113-120.
- Eerstelijnszone. (2025). *Doelgerichte Zorg*. Récupéré sur <https://www.eerstelijnszone.be/doelgerichte-zorg-2>.
- Eerstelijnszones. (2024). *Doelgerichte Zorg*. Consulté le 04 01, 2025, sur <https://www.eerstelijnszone.be/doelgerichte-zorg-0>.
- ELZ Gent VZW. (s.d.). *De Burger Centraal in de Hulpverlening*. Gent.
- Epstein, S. (1995). The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values*, 20(4), 408-437.
- Fonds Daniël De Coninck. (2024). *Doelgerichte Zorg*. Récupéré sur <https://www.fondsdanieldeconinck.be/initiative/doelgerichte-zorg/>.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France (1978-1979)*. Paris : Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. (G. Burchell, Trad.) London : Palgrave Macmillan.
- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019a). Controlled, Constrained, or Flexible? How Self-management Goals are Shaped by Patient-provider Interactions. *Qualitative Health Research*, 29(4), 557-567.
- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019b). Goals for Living with a Chronic Condition: The Relevance of Temporalities, Dispositions, and Resources. *Social Science & Medicine*, 233, 13-20.

- Franklin, M., Willis, K., Lewis, S., & Smith, L. (2021). Chronic Condition Self-Management is a Social Practice. *Journal of Sociology*, 59(1), 215-231.
- Gezond België. (2024, Februari 14). *Persoonsgerichte Zorg*. Récupéré sur www.gezondbelgie.be.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today*, 24(2), 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ. Today*, 56, 29-34.
- Han, B.-C. (2015). *The Burn-Out Society*. Redwood City, CA : Stanford University Press.
- Handford, M., & Gee, J. P. (2012). *Routledge Handbook of Discourse Analysis*. London : Routledge.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford : Oxford University Press.
- Henderson, S., & Petersen, A. (2002). *Consuming Health: The Commodification of Health Care*. Routledge.
- Hill, J., Nielsen, M., & Fox, M. H. (2013). Understanding the Social Factors that contribute to Diabetes: A means to informing Health Care and Social Policies for the Chronically Ill. *Permanente Journal*, 17(2), 67.
- Huber, M., & et al. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 26(2), d4163.
- Iedema, R., & Veljanova, I. C. (2013). Lifestyle science: Self-healing, co-production and DIY. *Health Sociology Review*, 22(1), 2-7.
- Janssens, H., & Lavergne, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Jennings, L. A., & Mold, J. W. (2024). Person-Centered, Goal-Oriented Care Helped My Patients Improve Their Quality of Life. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 37(3), 506-511.
- Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2023, 16 novembre). *Wetsontwerp tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid*. Récupéré sur De Kamer.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37-51.
- Koning Boudewijnstichting. (2024). *Samenwerkende Patiënten maken Zorg Beter en Efficiënter*. Koning Boudewijnstichting.
- Latimer, T., Roscamp, J., & Papanikitas, A. (2017). Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(11), 425-427.
- Lohr, K. N. (1990). *Medicare: A strategy for Quality Assurance, Volume II: Sources and Methods*. Washington D.C. : National Academy Press.
- Luybaert, A. (2020). Regisseur van jouw gezondheid: (on)mogelijkheden om zelf aan de slag te gaan. *CM-Informatie*, 281, 47-56.
- Marmot, M., Goldblatt, P., Allen, J., & et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review)*. Institute of Health Equity.
- Mitchell, E. (2013, 30 septembre). *The Sick Role*. Consulté sur <https://www.england.nhs.uk/blog/ed-mitchell-2/>.
- Mold, J. W. (2022). Failure of the Problem-Oriented Medical Paradigm and a Person-Centered Alternative. *Ann Fam Med*, 20, 145-148.
- Mold, J. W., Blake, G. H., & Becker, L. A. (1991). Goal-Oriented Medical Care. *Family medicine*, 23(1), 46-51.
- Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., de Jong, J., & Rademakers, J. (2014). Patient Activation and Health Literacy as Predictors of Health Information use in a General Sample of Dutch Health Care Consumers. *Journal of health communication*, 19(8), 955-969.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Peacock, M., Bissell, P., & Owen, J. (2014). Dependency Denied: Health Inequalities in the Neo-liberal Era. *Social Science & Medicine*, 118, 173-180.
- Pérelleux, T. (2023). *Le travail à vif. Souffrances professionnelles, consulter pour quoi?* Toulouse : érès.
- Protheroe, J., Brooks, H., Chew-Graham, C., Gardner, C., & Rogers, A. (2013). "Permission to Participate?" A Qualitative Study of Participation in Patients from Differing Socio-Economic Backgrounds. *Journal of Health Psychology*, 18(8), 1046-1055.
- Rademakers, J. (2016). *De actieve patiënt als utopie*. Récupéré sur https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/actieve_patiënt_utopie.pdf.
- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A., de Jong, J., & Hendriks, M. (2014). The Relative Effect of Health Literacy and Patient Activation on Provider Choice in the Netherlands. *Health Pol*, 114(2-3), 200-206.
- Rollies, J. (2002, Januari 5). De tirannie van de bedrijfscultuur. *De Standaard*, p. 35.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom*. Cambridge University Press.
- Sciensano. (2020). *Determinants of Health: Health literacy*. Brussels, Belgium : Sciensano. Récupéré sur <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/health-literacy>.
- Stassen, A., Heymans, I., Colson, J., Kersten, H., & Buret, L. (2025). *L'ASCOP est-il éthique? Des professionnels témoignent*. Récupéré sur DMG : <https://www.dmguliege.be/ascop/>.
- Tinetti, M. E., Esterson, J., Ferris, R., Posner, P., & Blaum, C. S. (2016). Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(2), 261-275.
- Vivel. (2025). *Doelgerichte Zorg*. Récupéré sur <https://www.vivel.be/thema/doelgerichtezorg/>.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2024, 30 septembre). *Dagje Boeykens over Doelgerichte Zorg*. Récupéré sur <https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/advies-en-tips/dagje-boeykens-over-doelgerichte-zorg>.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2025). *Zelfmanagement: aan het roer staan van je eigen leven*. Récupéré sur [Vlaamspatiëntenplatform.be](https://vlaamspatiëntenplatform.be).
- Warin, M., Zivkovic, T., Moore, V., Ward, P. R., & Jones, M. (2015). Short Horizons and Obesity Futures: Disjunctures between Public Health Interventions and Everyday Temporalities. *Social Science & Medicine*, 128, 309-315.

Convention soins psychologiques de première ligne : un bilan 2019-2024

Clara Noirhomme — Service d'études MC-CM

Résumé

Cette étude analyse la mise en œuvre de la convention « soins psychologiques de première ligne » (SPPL) en Belgique entre 2019 et 2024. Elle s'inscrit dans la continuité d'un premier travail publié en 2023 (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023), tout en élargissant le champ d'analyse. L'étude s'appuie sur les données de l'ensemble des membres de la Mutualité chrétienne (MC), pondérées et extrapolées à l'ensemble de la population belge.

L'étude propose une analyse multidimensionnelle du recours aux SPPL, en croisant l'offre et le recours – et leur évolution temporelle – avec les besoins en santé mentale. L'étude permet ainsi de dresser un bilan de la capacité du dispositif à structurer une offre cohérente à l'échelle territoriale et à améliorer l'accessibilité des soins de première ligne.

Les résultats montrent un taux de recours en hausse, plus élevé parmi les groupes présentant les besoins les plus importants, notamment grâce à la diversification des modalités de soins. Cette dynamique témoigne d'une amélioration de l'accessibilité pour certains publics vulnérables. Toutefois, les disparités territoriales persistantes et la baisse du nombre moyen de séances interrogent sur la capacité du dispositif à répondre de manière proportionnée à l'ensemble des besoins, malgré une architecture pensée pour s'y ajuster. Ces constats appellent à poursuivre les efforts d'adaptation et de consolidation du dispositif.

Mots clés : Soins de première ligne, santé mentale, offre de soins, profils des patient-es, accès aux soins, étude quantitative

Cette version contient quelques adaptations par rapport à la version diffusée au format papier (p.31, 36 et annexe 1 p.59).

Table des matières

Introduction

1. Mise en contexte

- 1.1. La réforme des soins psychologiques de première ligne
- 1.2. L'évaluation de la réforme

2. Méthode

- 2.1. Données de recours
 - 2.1.1. Pondération et extrapolation des données de recours
 - 2.1.2. Limites des données de recours
- 2.2. Variables socio-démographiques
- 2.3. Sources complémentaires pour l'analyse des besoins et de l'offre
- 2.4. Axes d'analyse

3. Résultats

- 3.1. Recours global aux soins de santé mentale
 - 3.1.1. Recours à l'ensemble des soins de santé mentale
 - 3.1.2. Recours aux soins de santé mentale ambulatoires
- 3.2. Offre de soins dans le cadre de la convention SPPL
 - 3.2.1. Disparités territoriales
 - 3.2.2. Spécialisation des prestataires
 - 3.2.3. Type de soins
- 3.3. Recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL
 - 3.3.1. Évolution du recours
 - 3.3.2. Caractéristiques socio-démographiques
 - 3.3.3. Type de soins
 - 3.3.4. Nombre de séances dans le cadre de la convention SPPL
 - 3.3.5. Trajectoires de soins en santé mentale

4. Discussion des résultats

- 4.1. Une montée en puissance du dispositif, mais des disparités territoriales persistantes
- 4.2. Une accessibilité renforcée grâce à la diversification des modalités de soins
- 4.3. Un nombre de séances en baisse, mais différencié selon les besoins
- 4.4. Des parcours diversifiés en santé mentale

5. Recommandations

- 5.1. Renforcer l'équité territoriale dans l'offre de soins
- 5.2. Consolider et étendre le modèle de la convention SPPL
- 5.3. Renforcer l'accessibilité pour les publics vulnérables
- 5.4. Adapter le nombre de séances aux besoins individuels

Conclusion

Bibliographie

Annexes

30

30

30

31

32

32

32

33

33

33

34

34

34

34

35

36

37

38

38

39

39

40

41

44

47

52

52

52

53

54

55

55

55

56

56

57

58

59

Introduction

En octobre 2023, le service d'études de la MC publiait une étude dont l'objectif était de faire un premier état des lieux de la convention « soins psychologiques de première ligne » (SPPL), au regard des besoins en santé mentale et de l'offre en santé mentale préexistante à la convention (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). La convention étant alors récente, une série de questions restaient ouvertes quant à l'ancrage de cette dernière : **le nombre de patient-es touché-es allait-il continuer à croître ? Les possibilités ouvertes par la convention (travail dans les « lieux d'accroche », sessions de groupe, etc.) allaient-elles permettre un plus grand accès des soins aux publics davantage à risque de souffrir de problèmes de santé mentale et chez qui l'accès aux soins est également plus difficile ? Comment le recours aux autres types de soins de santé mentale allait-il évoluer, tant chez les personnes ayant recours aux SPPL que dans la population générale ?** La convention permettrait-elle un transfert des soins ambulatoires du/de la psychiatre¹ actuellement saturés vers la convention et ses différentes fonctions (interventions communautaires, soutien psychologique de première ligne et traitement des problèmes psychologiques légers à modérés) ?

Deux ans plus tard, davantage d'éléments sont à notre disposition pour apporter des réponses à ces questions. Ainsi, cette étude analyse les données de la MC, pondérées en fonction de la structure de la population belge pour pouvoir être extrapolées à l'ensemble de la population, dans l'objectif de faire le bilan des premières années de mise en œuvre de la convention SPPL.

Au fil de son déploiement, la convention a introduit une logique de structuration territoriale inédite dans le secteur des soins de santé. L'organisation de l'offre repose sur des réseaux locaux, entre lesquels le budget est réparti en fonction de paramètres populationnels (nombre d'habitants, âge, indice de précarité), utilisés comme indicateurs indirects des besoins en santé mentale. Contrairement à d'autres formes de conventionnement fondées sur une adhésion libre et illimitée, ce modèle repose sur une sélection des prestataires encadrée par des appels à candidatures, avec un nombre de places défini par territoire. Cette approche vise à assurer une adéquation entre l'offre disponible et les besoins identifiés localement, tout en renforçant la cohérence et la lisibilité du dispositif.

Dans ce cadre, il est pertinent d'examiner comment cette organisation territoriale s'est traduite concrètement : **comment le dispositif s'est-il déployé sur le terrain, au regard des indicateurs quantitatifs disponibles ? Dans quelle mesure les moyens disponibles ont-ils été mobilisés ? Et comment ces dynamiques varient-elles selon les territoires, en fonction des besoins, de l'offre et du recours aux soins ?**

1. Mise en contexte

1.1. La réforme des soins psychologiques de première ligne

En 2019, la Belgique a amorcé une réforme importante visant à améliorer l'accessibilité des soins psychologiques, avec la mise en place d'une première convention entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les réseaux de santé mentale. Cette première phase ciblait principalement les adultes de 18 à 64 ans, avec un nombre limité de séances et de diagnostics pris en charge. En 2021, la réforme a connu un élargissement majeur : l'offre a été étendue aux enfants, adolescent-es et personnes âgées, le nombre de réseaux impliqués a augmenté, et les modalités d'intervention ont été assouplies pour mieux répondre aux besoins de la population (INAMI, 2024a).

Aujourd'hui, les SPPL sont organisés au sein de **32 réseaux locaux de santé mentale**, répartis par tranche d'âge : les réseaux « Enfants et Adolescents » (jusqu'à 23 ans inclus) et les réseaux « Adultes » (à partir de 15 ans). Ces réseaux sont des structures de coordination territoriale mandatées par l'INAMI. Ils ont pour mission de planifier, organiser et superviser l'offre de soins psychologiques sur leur zone d'activité, en collaboration avec les prestataires de première ligne, les services sociaux, les écoles, les maisons médicales, etc. Ils assurent également le lien entre les psychologues conventionné-es et les autres acteurs et actrices du système de santé mentale, et veillent à la qualité, à la couverture et à l'accessibilité des soins (INAMI, 2024a).

Les soins sont assurés par des psychologues et orthopédagogues clinicien-nes conventionné-es, qui peuvent intervenir dans une grande **diversité de contextes** : dans

¹ Qui étaient, avant l'arrivée de la convention SPPL, les seuls soins ambulatoires de santé mentale remboursés par l'assurance obligatoire et donc, les seuls davantage accessibles financièrement.

des lieux d'accroche comme les écoles, les maisons médicales ou les maisons de quartier, mais aussi en cabinet privé, à domicile, en visioconférence, voire dans certains cas sur le lieu de travail ou en extérieur. Contrairement aux approches traditionnelles où les bénéficiaires doivent se déplacer vers le ou la prestataire, dans les lieux d'accroche, ce sont les professionnel·les qui vont à la rencontre du public cible. Cette logique vise à réduire les barrières à l'entrée, en particulier pour les personnes les plus vulnérables, et à rendre les services de santé mentale plus accessibles, inclusifs et ancrés dans les milieux de vie.

L'offre SPPL comprend **trois types d'interventions** complémentaires :

- Les **interventions communautaires**² sont destinées à des groupes et visent à renforcer la résilience et l'autosoin dans la population ;
- Le **soutien psychologique de première ligne** consiste en des interventions brèves destinées à maintenir ou restaurer un bien-être psychique général ;
- Enfin, le **traitement psychologique de première ligne**³ s'adresse aux personnes présentant des problèmes légers à modérés, nécessitant une prise en charge plus structurée.

Les interventions de soutien et de traitement peuvent être proposées en individuel ou en groupe, selon les besoins et les ressources disponibles (INAMI, 2024b).

Un élément caractéristique de cette réforme est sa volonté explicite de **faire correspondre l'offre de soins aux besoins de la population**. Contrairement à d'autres disciplines médicales, cette réforme ne repose pas sur une logique de prestation individuelle remboursée à l'acte, mais sur une logique de financement populationnel et de coordination territoriale. Le financement est réparti entre les réseaux selon des critères objectifs : taille de la population, réalités socio-économiques locales, prévalence des troubles psychiques et âge moyen d'apparition de ces troubles (INAMI, 2024a). Chaque réseau reçoit un budget global, qu'il convertit en heures de prestation à répartir entre les psychologues conventionné·es selon les besoins identifiés localement. Cette réforme introduit également des fonctions collectives (prévention, sensibilisation, travail en réseau) qui ne sont pas rémunérées dans les autres secteurs médicaux (INAMI, 2024b).

L'accessibilité financière constitue un autre axe central : les prestations sont proposées à un tarif fixe de 11 euros et

de 4 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Depuis 2024, les jeunes jusqu'à 23 ans inclus ne paient plus aucun ticket modérateur, ce qui lève tout frein financier à l'accès pour cette tranche d'âge. L'accès est direct, sans prescription médicale, ce qui simplifie les démarches et abaisse le seuil d'entrée dans les soins (INAMI, 2024b).

1.2. L'évaluation de la réforme

L'évaluation de la pertinence ou de l'efficacité d'une offre de soins ne peut se faire sans tenir compte des besoins réels de la population, qui varient considérablement selon les sous-groupes sociaux, économiques et géographiques. Les recherches antérieures du service d'études de la MC, notamment celle menée en collaboration avec Sciensano dans le cadre de l'enquête BELHEALTH, l'ont démontré de nombreuses reprises que les femmes, les jeunes adultes, les personnes en situation de pauvreté, ainsi que les personnes racisées présentent des besoins en santé mentale nettement plus importants que d'autres sous-groupes. C'est également dans ces sous-groupes qu'on retrouve le plus de personnes avec des besoins non rencontrés, en raison des nombreux freins à l'accès aux soins (Noirhomme, 2022; Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Dans cette étude, nous utilisons les données de l'**Enquête de santé par interview** de Sciensano (2018), qui permet d'estimer la proportion de la population présentant une probabilité de détresse psychologique à l'aide du score GHQ 2+ (*General Health Questionnaire*). En 2018, 33% des répondant·es en Belgique dépassaient ce seuil, ce qui indique une **vulnérabilité psychologique significative** au sein de la population. Bien qu'il ne constitue pas un diagnostic clinique, ce score permet d'identifier les personnes susceptibles d'avoir besoin d'un soutien psychologique et offre un outil précieux pour comparer les niveaux de détresse entre différents sous-groupes de la population.

Ainsi, la probabilité de détresse psychologique est plus élevée chez les femmes (38%) que chez les hommes (27%). Les écarts sont également marqués selon le niveau de revenu : 45% des personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible présentent une détresse psychologique, contre seulement 27% dans le quintile le plus élevé. L'âge constitue un autre facteur différenciant : les jeunes adultes

2 Les interventions communautaires, introduites dans le cadre de la convention à partir de 2024, consistent en des séances de groupe organisées selon les besoins identifiés au sein d'une communauté, avec ou sans demande explicite de soins. Axées sur la résilience, l'autosoin et la psychoéducation, ces interventions ne donnent toutefois pas lieu à un enregistrement individuel des participant·es, ce qui limite la possibilité d'en évaluer l'impact dans le cadre de cette étude.

3 Anciennement « soins psychologiques spécialisés ».

(25-34 ans) sont les plus touchés (39%) tandis que les personnes âgées de 65 à 74 ans le sont dans une moindre mesure (23%). Par ailleurs, la répartition géographique de la population elle-même est inégale, ce qui entraîne des besoins très différenciés selon les territoires : les taux les plus élevés sont observés à Bruxelles (39%), dans le Hainaut (38%) et à Liège (38%), tandis que des provinces comme le Brabant flamand et la Flandre occidentale affichent des taux plus faibles (27%).

Ces écarts soulignent l'importance d'une planification territorialisée et proportionnée de l'offre, alignée sur les besoins réels des populations locales. Cette attention, au cœur de la philosophie de la convention SPPL, constitue un cadre de référence important pour notre évaluation du dispositif.

2. Méthode

2.1. Données de recours

L'analyse porte sur le recours à l'ensemble des **soins de santé mentale remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (AO)**, tels qu'enregistrés par la MC dans le cadre de son rôle de co-gestionnaire de l'AO. Les données ont été extraites le 23 juin 2025. Elles comprennent :

- **Les soins aigus** : hospitalisations psychiatriques (classiques, de jour et de nuit, en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général), soins urgents (intervention d'un-e psychiatre aux urgences, admission dans le service d'un établissement psychiatrique d'urgence ou pour administration d'antidépresseurs par perfusion), interventions des équipes mobiles ;
- **Les soins de révalidation/rééducation et soins résidentiels** : programmes de rééducation ambulatoire ou résidentielle (pour les personnes souffrant de psychose, d'alcoolisme, de toxicomanie, et/ou nécessitant une réinsertion psychosociale), suivis en Centre de Réadap-

tation Ambulatoire (CRA), projets de soutien aux personnes âgées avec besoins complexes, séjours en initiatives d'habitation protégée (IHP) ou maisons de soins psychiatriques (MSP) ;

- **Le recours aux médicaments psychotropes** qui, lorsqu'ils sont délivrés sous prescription, sont toujours remboursés par l'AO : antidépresseurs et antipsychotiques délivrés en pharmacie publique ou hospitalière, sans limite de dose journalière définie (DDD⁴) ;
- **Le suivi ambulatoire** : consultations, psychothérapies ou concertations avec un-e psychiatre, ainsi que les séances chez un-e psychologue/orthopédagogue conventionné-e (SPPL). Sont également inclus les soins partiellement remboursés par l'**assurance complémentaire (AC)** de la MC, notamment les séances de psychologie⁵ chez des prestataires non conventionnés.

2.1.1. Pondération et extrapolation des données de recours

Cette étude repose sur les données des **4,6 millions de membres de la MC**, qui représentent environ **40% de la population belge**. Une méthodologie de pondération est appliquée visant à corriger les biais d'échantillonnage afin de produire des résultats représentatifs de la population belge.

La pondération est effectuée en comparant la distribution des membres de la MC avec celle de la population belge, telle que fournie par l'Agence Intermutualiste (AIM). Cette comparaison est effectuée pour **chaque combinaison de modalités sociodémographiques** (catégorie d'âge, sexe, province, statut BIM), et ce pour chaque année d'analyse⁶. Cela permet d'estimer un poids d'ajustement pour chaque combinaison. Les poids ainsi obtenus sont ensuite appliqués à chaque observation (en fonction de la combinaison à laquelle elle appartient), afin de produire des indicateurs pondérés.

Lorsque les données sont présentées en volume (nombre de patient-es ou de prestations), les indicateurs pondérés sont extrapolés à la population belge en multipliant les indicateurs pondérés par le ratio entre la population de référence (population belge⁷) et la population observée (population MC). Cette approche permet de produire des

4 La DDD, *defined daily dose* ou, littéralement, dose journalière définie, est la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte.

5 Les conditions d'octroi de l'intervention financière diffèrent en fonction de la mutualité d'affiliation. Pour les Mutualités chrétiennes flamandes, plus d'informations sur www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/geestelijke-gezondheid. Pour les Mutualités chrétiennes francophones ou germanophones, plus d'informations sur www.mc.be/fr/avantages-remboursements/psychologie-sexologie.

6 À noter : pour l'année 2024, les données de population de l'AIM n'étant pas encore disponibles au moment de l'analyse, la pondération a été réalisée à partir des données de l'année 2023.

7 Pour être au plus proche de la réalité, l'extrapolation du nombre de personnes détenues incluses dans la convention SPPL a été réalisée sur base des chiffres exacts de la population carcérale féminine et masculine en Belgique en 2024 (Prison Insider, 2024).

estimations robustes, comparables entre sous-groupes, et représentatives de la population cible.

2.1.2. Limites des données de recours

Les données de recours aux soins permettent d'estimer le pourcentage de personnes ayant bénéficié de soins de santé mentale **remboursés**. Cette approche présente toutefois des limites qu'il convient d'expliciter.

Tout d'abord, les soins non remboursés par l'AO ne sont pas enregistrés. C'est le cas de certains médicaments psychotropes délivrés en ambulatoire (comme les benzodiazépines/anxiolytiques), des séances de psychologie en pratique privée hors convention, pour lesquelles les membres n'ont pas sollicité l'intervention de l'AC de la MC, ou n'y étaient pas éligibles. Cela peut entraîner une sous-estimation du recours réel aux soins de santé mentale.

Ensuite, en ce qui concerne les médicaments psychotropes, les données se basent sur les délivrances, mais il n'est pas possible de savoir si les médicaments ont effectivement été utilisés par les patient-es, ce qui pourrait entraîner une surévaluation du recours.

Enfin, les données relatives aux prestations de 2024 et 2025 reflètent l'état des informations disponibles lors de l'extraction. Elles peuvent évoluer, notamment en raison de délais de facturation (pour les soins en tiers payant⁸, comme c'est le cas de la convention) ou parce que les demandes de remboursement n'ont pas encore été introduites par les patient-es, pour les soins où le tiers payant n'est pas appliqué. Ces éléments peuvent entraîner une légère sous-estimation.

2.2. Variables socio-démographiques

L'analyse repose sur un ensemble de variables permettant de mieux comprendre les profils des bénéficiaires et d'affiner l'analyse des inégalités sociales de santé mentale, en mettant en lumière les écarts de recours aux soins et les besoins spécifiques de certains sous-groupes :

- **Tranches d'âge** : 0-19 ans, 20-29 ans, 30-44 ans, 45-64 ans, 65-79 ans, plus de 80 ans ;

- **Statut BIM** : attribué aux personnes à faibles revenus ou en situation de vulnérabilité sociale, il donne droit à un remboursement plus élevé des soins de santé et est utilisé ici comme proxy pour identifier les publics en situation de précarité socio-économique ;
- **Sexe** : femmes, hommes ;
- **Région et province** : déterminées à partir du code INS de domiciliation ;
- **Statut socio-professionnel** : employé-es, ouvrier-es, indépendant-es et fonctionnaires. Déterminée à partir du code qualité⁹, cette catégorisation comprend également les personnes en arrêt ou au chômage ;
- Catégories spécifiques également identifiées via le code qualité :
 - **Enfants placés ou confiés** : souvent confrontés à des situations de rupture familiale, d'instabilité ;
 - **Personnes détenues** : présentant une prévalence élevée de troubles psychiques, souvent non traités ou insuffisamment pris en charge (Unia & Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP), 2025; Mistiaen, et al., 2017) ;
- Autres statuts spécifiques (au moins un jour durant l'année considérée) :
 - Personnes au **chômage**, en **incapacité de travail primaire** (moins d'un an d'incapacité), en **invalidité** (plus d'un an d'incapacité) et bénéficiaires du **revenu d'intégration sociale** (RIS) ou de la **garantie de revenu aux personnes âgées** (GRAPA).

2.3. Sources complémentaires pour l'analyse des besoins et de l'offre

En complément des données de remboursement, d'autres sources ont été mobilisées pour analyser les besoins et l'offre de soins en santé mentale :

- **Enquête de santé de Sciensano** (2018) : proportion de la population présentant une détresse psychologique ;
- **Dashboard Mental Health Care (MHC)** : offre de prestataires actif-ves dans le cadre de la convention, consultée en juin 2025 (Collège Intermutualiste National, 2025) ;
- **Statistiques annuelles des professionnel·les des soins de santé en Belgique** (SPF Santé publique, 2025) : nombre de psychologues et d'orthopédagogues clinicien·nes en droit d'exercer au 31 décembre 2024.

⁸ Le tiers payant permet à la personne soignée de ne payer que sa part personnelle. L'AO rembourse directement le ou la prestataire, sans avance de frais pour le ou la patiente.

⁹ Le code qualité est un code d'assurabilité attribué par les mutualités à chaque affilié-e. Il reflète la situation administrative et professionnelle de la personne au regard de l'assurance obligatoire soins de santé.

2.4. Axes d'analyse

L'analyse repose sur plusieurs axes complémentaires, permettant de croiser les dynamiques de recours, d'offre et de besoins :

- **Recours global aux soins de santé mentale** : évolution du pourcentage de la population belge bénéficiant d'un remboursement pour des soins en santé mentale entre 2010 et 2024 ;
- **Offre de soins dans le cadre de la convention SPPL** : évolution du nombre de prestataires conventionné-es, répartition territoriale, diversifications des lieux et des modalités de soins ;
- **Recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL** : évolution du recours, profils sociodémographiques des bénéficiaires et répartition des patient-es selon la fonction, le réseau et le lieu de soins ;
- **Nombre de séances dans le cadre de la convention SPPL** : nombre de séances par patient-e sur une période de douze mois suivant la première séance, selon l'année de début du trajet. Sont inclus-es uniquement les patient-es dont la première séance a eu lieu avant le 31 mars 2024, afin de garantir une période d'observation complète¹⁰ ;
- **Trajectoires de soins en santé mentale** :
 - **Avant l'entrée dans la convention** : type de soins reçus au cours des deux années précédant la première séance, évolution sur la période 2019-2024 et profils sociodémographiques associés (2024). Sont inclus-es uniquement les patient-es affilié-es de manière continue à la MC pendant l'année de début du trajet et les deux années précédentes ;
 - **Pendant et après le trajet conventionné** : évolution des types de soins reçus pendant et après le trajet. Sont inclus-es uniquement les patient-es ayant entamé leur trajet entre le 1^{er} janvier et le 15 décembre 2023, afin de garantir une période d'observation de 18 mois après la première séance, et affilié-es de manière continue à la MC pendant toute cette période.

3. Résultats

3.1. Recours global aux soins de santé mentale

3.1.1. Recours à l'ensemble des soins de santé mentale

Entre 2010 et 2024, la proportion de la population belge ayant bénéficié d'un remboursement pour des soins de santé mentale est passée de 14,7% à 18,4% (voir Figure 1). Cette progression reflète plusieurs dynamiques importantes.

Tout d'abord, le recours aux **soins aigus** (hospitalisations psychiatriques, soins urgents, équipes mobiles) et/ou aux soins de revalidation/rééducation ou résidentiels (IHP, MSP, programmes spécialisés), sans suivi ambulatoire (consultations psychologiques ou psychiatriques), concerne une part très limitée de la population, stable sur l'ensemble de la période (0,4%). Ces formes de prise en charge sont généralement réservées aux situations les plus complexes ou sévères¹¹.

En revanche, les **médicaments psychotropes** (antidépresseurs et antipsychotiques) représentent la forme de prise en charge la plus fréquente en santé mentale. Leur usage a légèrement augmenté entre 2010 et 2024, passant de 13,2% à 13,6% de la population¹². Toutefois, la proportion de personnes ayant recours exclusivement à ces traitements, sans suivi ambulatoire par un-e professionnel-le de la santé mentale au cours de l'année¹³, diminue légèrement (de 11,2% à 10,2%).

Le pourcentage de la population combinant médicaments et **suivi ambulatoire remboursé** (consultations psychiatriques ou psychologiques) est en effet passé de 2,0% en 2010 à 3,4% en 2024. Par ailleurs, le suivi ambulatoire sans recours aux médicaments connaît une progression marquée, passant de 1,1% à 4,4% sur la même période. Ainsi, la part totale de la population bénéficiant d'un suivi ambu-

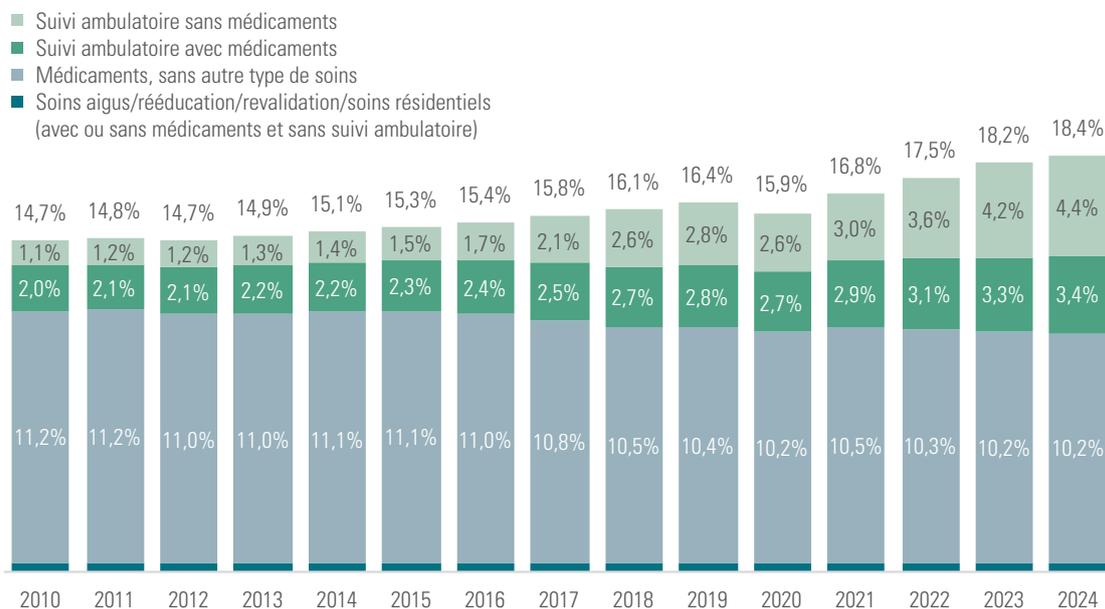
10 Ainsi, bien que la période d'observation disponible pour les patient-es inclus pour l'année 2024 soit bien de 12 mois, la cohorte analysée est plus restreinte (18.074 personnes) comparée à celles de 2022 (42.890) et 2023 (57.541). Cet échantillon reste largement suffisant pour permettre une analyse robuste, d'autant plus que les données ont été pondérées en fonction de la structure de la population belge.

11 Lorsqu'on considère toutes les personnes ayant recours à ce type de soins (avec suivi ambulatoire ou non), on observe que le recours augmente légèrement au cours de la période : de 0,8% à 1,0%.

12 Lorsqu'on inclut également les patient-es ayant des soins aigus et recourant aux médicaments antidépresseurs/antipsychotiques, le pourcentage est un peu plus élevé et passe ainsi de 13,4% en 2010 à 13,8% en 2024.

13 Cette situation concerne davantage certains sous-groupes, notamment les personnes de plus de 55 ans, les femmes et les bénéficiaires de l'intervention majorée, comme le démontre la précédente étude (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Figure 1 : Évolution du pourcentage de la population belge bénéficiant d'un remboursement de soins de santé mentale entre 2010 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



latoire remboursé en santé mentale est passée de 3,1% en 2010 à 7,8% en 2024.

3.1.2. Recours aux soins de santé mentale ambulatoires

La figure 2 illustre la progression du recours aux soins ambulatoires remboursés en santé mentale entre 2010 et 2024. Alors que 3,1% de la population bénéficiait d'un remboursement pour des consultations psychiatriques et psychologiques en ambulatoire en 2010, cette proportion atteint 7,8% en 2024, traduisant une évolution significative dans l'accès à ces soins.

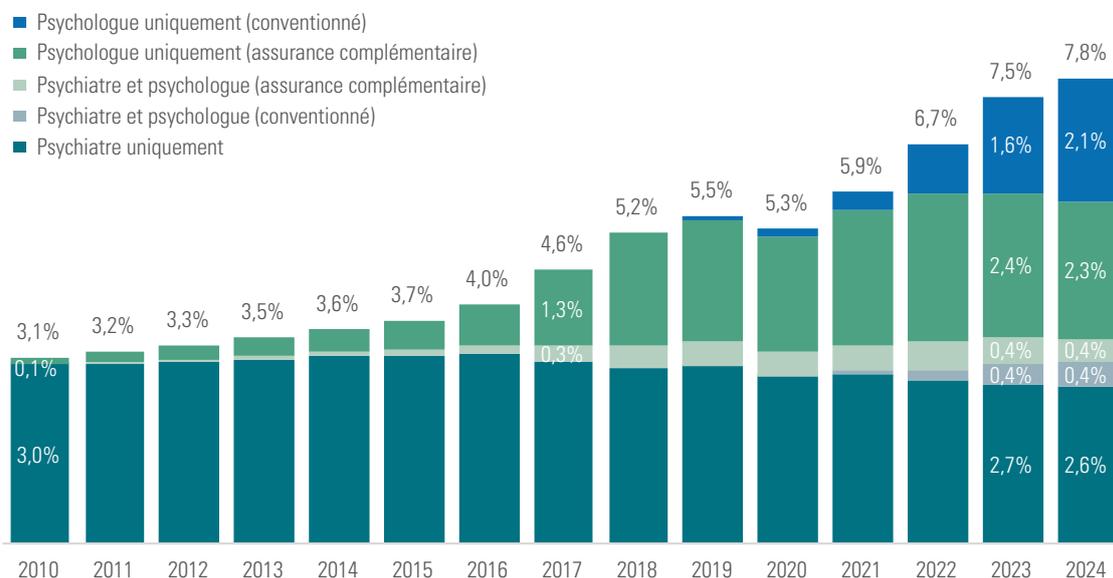
Plus précisément, en 2010, 3,0% de la population avait bénéficié de consultations chez un-e **psychiatre**, tandis que les consultations psychologiques remboursées restaient très marginales (seul 0,1% de la population bénéficiait alors d'un remboursement pour ce type de consultation). Ce pourcentage n'augmente que légèrement avec le

temps : en 2024, 2,6% de la population a eu des consultations uniquement chez un-e psychiatre, et 0,8% a consulté à la fois un-e psychiatre et un-e psychologue, portant à 3,4% la part de la population ayant eu des consultations psychiatriques ambulatoires.

L'augmentation globale s'explique donc principalement par l'introduction du remboursement des **consultations psychologiques**. Tout d'abord, l'intervention de l'AC de la MC permet de couvrir un pourcentage croissant de patient-es : de 0,1% en 2010, avec une augmentation notable en 2017 en raison de la modification des conditions d'accès à cette intervention, jusqu'à 2,7% en 2024. Ensuite, avec l'introduction progressive du conventionnement des psychologues à partir de 2019, une proportion croissante de la population bénéficie d'un suivi auprès d'un-e psychologue conventionné-e¹⁴. En 2024, 2,5% de la population en bénéficie ainsi (2,1% de manière exclusive et 0,4% en combinaison avec un suivi chez le-la psychiatre).

14 Si des patient-es ont, au cours de l'année, à la fois une consultation chez un-e psychologue conventionné-e et une intervention de l'AC, ils-elles sont comptabilisé-es dans la catégorie des consultations chez des psychologues conventionné-es.

Figure 2 : Évolution du pourcentage de la population belge bénéficiant d'un remboursement pour des consultations psychiatriques/psychologiques en ambulatoire entre 2010 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



3.2. Offre de soins dans le cadre de la convention SPPL

Le *dashboard MHC* relatif à la convention SPPL fournit des données précieuses sur le nombre de patient-es inclus-es et de prestataires conventionné-es (Collège Intermutualiste National, 2025). Cependant, ces données brutes ne permettent pas, à elles seules, une analyse fine du dispositif, si elles ne sont pas mises en perspective avec d'autres indicateurs essentiels, tels que des données démographiques, des éléments relatifs à l'offre globale de soins ou aux besoins en santé mentale.

Sans ces éléments de contexte, toute comparaison entre territoires peut s'avérer trompeuse. Comparer le nombre de psychologues conventionné-es d'un territoire à l'autre n'a que peu de sens si l'on ne tient pas compte du nombre total de professionnel-les en droit d'exercer, de la taille de la population ou encore de l'ampleur des besoins en santé mentale. Une province peut sembler bien dotée en nombre de prestataires, mais présenter une couverture faible des besoins si sa population est importante ou si les besoins y sont particulièrement élevés. À l'inverse, une province avec un petit nombre de prestataires peut afficher de bons

indicateurs si la demande y est plus faible. Toute analyse pertinente doit donc croiser plusieurs dimensions : l'offre, la population de référence et les indicateurs de besoin.

Au niveau national, on observe une progression marquée du nombre de prestataires actif-ves dans le cadre de conventions SPPL, passant **de 2.361 en décembre 2022 à 6.123 en décembre 2024**, soit une hausse de 160% (Collège Intermutualiste National, 2025). Dans le même temps, le nombre total de psychologues et d'orthopédagogues en droit d'exercer est passé de 16.693 à 21.730 (SPF Santé publique, 2025). Ainsi, la part de professionnel-les conventionné-es a doublé, passant de 14% à 28% en deux ans.

Contrairement aux médecins, qui peuvent choisir librement de conventionner tout ou partie de leur activité (en fixant eux-mêmes le pourcentage de leur pratique qui est soumis aux tarifs conventionnés), les psychologues et orthopédagogues sont conventionné-es pour un nombre d'heures fixé à l'avance. Ainsi, un-e professionnel-le peut être conventionné-e pour un nombre limité d'heures par semaine ou par mois, ce qui ne reflète pas nécessairement l'ensemble de son activité. Il est donc essentiel de compléter l'analyse du nombre de prestataires par des indicateurs

de volume d'activité. Le **nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es** constitue un indicateur clé de l'offre mobilisée, c'est-à-dire de l'activité réellement déployée dans le cadre de la convention. À l'échelle nationale, cet indicateur s'élève à 14 prestations pour 100 habitant-es.

Pour affiner l'analyse, trois indicateurs complémentaires sont donc mobilisés:

- **L'indicateur de besoin**, issu de l'Enquête de santé de Sciensano (2018), reflète la proportion de la population en probable détresse psychologique (seuil GHQ 2+). Il permet d'estimer la demande potentielle en soins psychologiques.
- **L'indicateur d'offre**, défini comme le nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es, permet d'évaluer l'intensité de l'activité conventionnée sur un territoire, c'est-à-dire l'offre effectivement mobilisée.
- **L'indicateur de recours**, qui correspond à la part de la population ayant eu accès à au moins une prestation dans le cadre de la convention, renseigne sur l'accessibilité effective du dispositif.

3.2.1. Disparités territoriales

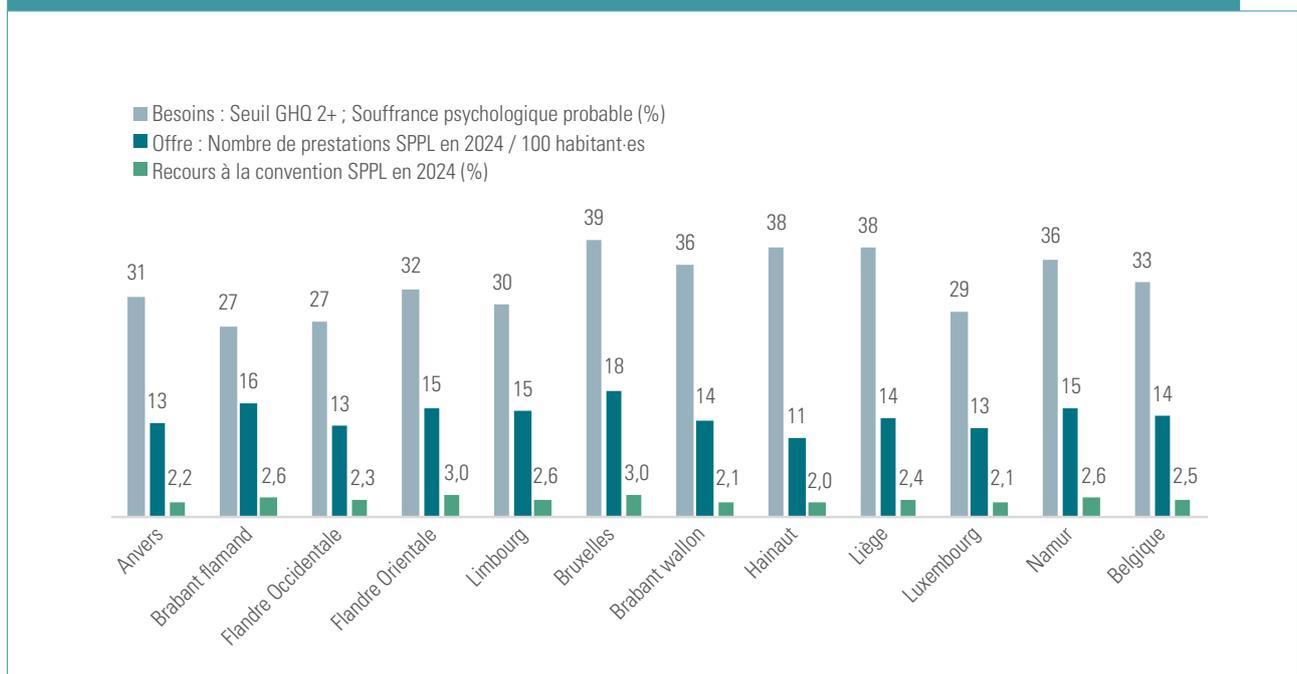
Les écarts entre provinces sont significatifs, tant en termes de besoins en santé mentale que de mobilisation effective du dispositif. Bruxelles présente l'un des niveaux de détresse psychologique les plus élevés du pays, avec

39% de la population dépassant le seuil GHQ 2+. La densité de prestataires y est la plus élevée du pays : en 2024, on y trouve 900 prestataires conventionné-es, soit 79 prestataires pour 100.000 habitant-es (voir Figure 3 et Annexe 1 pour l'ensemble des données détaillées). Le pourcentage de professionnel-les en droit d'exercer qui sont conventionné-es y atteint 40%. Dans ce contexte, le nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es atteint 18 (indicateur d'offre), ce qui reflète une forte mobilisation du dispositif. Le recours est également important : 3,0% de la population bruxelloise a eu accès à au moins une prestation dans le cadre de la convention en 2024.

Le Brabant flamand, à l'inverse, affiche les besoins les plus faibles du pays, avec 27% de la population dépassant le seuil GHQ 2+. L'offre y est pourtant notable, avec 909 prestataires conventionné-es en 2024 (soit 77 prestataires pour 100.000 habitant-es), bien que seuls 30% des professionnel-les en droit d'exercer y soient conventionné-es. Le nombre de prestations pour 100 habitant-es y est ainsi élevé (16), ce qui témoigne d'une offre bien activée. Le recours est également important : 2,6% de la population a bénéficié d'une prise en charge dans le cadre de la convention.

À l'inverse, certaines provinces présentent une mobilisation plus limitée du dispositif, malgré des besoins importants. Le Hainaut, par exemple, affiche un taux de détresse psychologique élevé, avec 38% de la population dépassant

Figure 3 : Comparaison entre les besoins, l'offre et le recours à la convention SPPL en 2024 par province (Sources : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge et Enquête de santé 2018 de Sciensano)



le seuil GHQ 2+. Pourtant, en 2024, le nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es y est le plus faible du pays (11), ce qui suggère une mobilisation restreinte de l'offre conventionnée. La province ne compte que 451 prestataires conventionné-es, soit 34 pour 100.000 habitant-es – la densité la plus basse du pays – et seul-es 29% des professionnel-les en droit d'exercer y sont conventionné-es. Malgré cela, le nombre moyen de prestations par prestataire est le plus élevé (324, voir Annexe 1), ce qui pourrait indiquer une forte charge de travail ou un volume horaire conventionné plus important par professionnel-le. Le recours reste limité : seulement 2,0% de la population a eu accès à des soins dans le cadre de la convention, bien en dessous de la moyenne nationale. Cette situation souligne un déséquilibre entre les besoins exprimés et la capacité du dispositif à y répondre.

Ces indicateurs d'offre et de recours peuvent également être mis en relation avec le **pourcentage du budget de soins effectivement utilisé** par province. Certaines provinces, comme la Flandre occidentale (113%) ou le Brabant wallon (110%), ont dépassé leur enveloppe initiale, traduisant une forte mobilisation du dispositif (voir Annexe 1). À l'inverse, d'autres provinces, comme le Luxembourg (76%) ou le Hainaut (83%), n'ont pas consommé l'entièreté de leur budget. Dans des territoires comme le Hainaut, où les besoins sont élevés mais l'offre conventionnée reste limitée, cette situation révèle une marge de manœuvre importante : le budget est disponible, mais les conditions pour le mobiliser pleinement – notamment en termes de nombre de prestataires – ne sont pas encore réunies.

3.2.2. Spécialisation des prestataires

Depuis 2021, on observe une évolution marquée dans la répartition des prestataires conventionné-es entre les réseaux pour enfants et adolescent-es et les réseaux pour adultes. La part des prestataires actif-ves dans les réseaux pour enfants et adolescent-es est passée de 34% en 2021 à 54% en 2024, tandis que celle des réseaux pour adultes a diminué de 93% à 67% sur la même période¹⁵. À l'échelle de la Belgique, on recense, fin 2024, 3.333 prestataires conventionné-es dans des réseaux pour enfants. Parallèlement, 4.123 prestataires sont actif-ves dans des réseaux adultes. Lorsqu'on rapporte ces chiffres à la population selon les tranches d'âge, on observe une densité plus élevée de prestataires pour les enfants et adolescent-es : 105

prestataires pour 100.000 jeunes âgés de 0 à 24 ans, contre 50 pour 100.000 adultes de 25 ans et plus.

Cette tendance reflète une réorientation progressive des ressources vers la population jeune, en cohérence avec une approche populationnelle et l'intention politique d'investir davantage dans la prévention et l'intervention précoce. En dotant les réseaux pour enfants et adolescent-es d'une densité de prestataires proportionnellement plus élevée, les acteur-rices de terrain traduisent concrètement cette priorité, avec l'objectif de réduire l'impact à long terme des troubles psychiques en intervenant dès leurs premières manifestations.

3.2.3. Type de soins

En 2022, la majorité des soins prestés dans le cadre de la convention étaient réalisés au cabinet du-de la prestataire (78%), tandis que les prestations dans les lieux d'accroche ne représentaient que 8% (voir Tableau 1). Cette tendance s'est inversée progressivement : en 2024, les soins au cabinet ne représentent plus que 58% des prestations, alors que les prestations dans les lieux d'accroche atteignent 22%, traduisant une diversification des modalités de prise en charge. Les soins en groupe ont également augmenté (de 2% à 7%), tout comme les prestations à distance et à domicile, qui restent toutefois marginales. Les prestations liées au trajet restent stables autour de 7-8%.

La fonction de soutien psychologique de première ligne, historiquement dominante (68% en 2022), a légèrement reculé au profit de la fonction de traitement (34% des prestations en 2024). La part des soins prestés dans des réseaux pour adultes, quant à elle, diminue progressivement (de 79% à 68%), tandis que celle des réseaux pour enfants augmente (de 21% à 32%).

En 2024, la répartition des lieux de soins varie fortement selon les provinces (voir Annexe 2), avec des provinces où les prestations dans les lieux d'accroche constituent une plus grande part des soins (40% dans la province de Luxembourg) et à l'inverse d'autres où ces prestations sont moins courantes (dans le Brabant flamand, seules 15% des prestations ont lieu dans les lieux d'accroche). Concernant les fonctions, la fonction de soutien psychologique de première ligne domine dans toutes les provinces, mais avec des variations : elle représente une plus grande

15 Il est important de noter qu'un-e même prestataire peut être conventionné-e dans les deux types de réseaux.

Tableau I : Évolution entre 2022 et 2024 de la répartition des prestations selon les lieux de soins, les fonctions et les réseaux (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

		2022	2023	2024
Lieux de soins	Consultation au cabinet	78%	67%	58%
	Consultation en lieu d'accroche	8%	14%	22%
	Séance de groupe	2%	5%	7%
	Consultation à distance	3%	3%	3%
	Consultation à domicile	2%	3%	2%
	Prestations trajet	7%	8%	7%
Fonction	Soutien	68%	58%	59%
	Traitement	25%	35%	34%
	Autres	7%	7%	7%
Réseau	Adultes	79%	71%	68%
	Enfants et adolescent-es	21%	29%	32%

part des soins à Bruxelles (66%) et la province de Liège (64%), tandis que la fonction de traitement représente une plus grande part des soins à Anvers, en Flandre occidentale et dans le Brabant flamand (40%), en comparaison avec d'autres provinces comme la Flandre orientale (28%).

3.3. Recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL

3.3.1. Évolution du recours

Selon le *dashboard MHC*, le nombre de patient-es inscrit-es dans la convention SPPL a fortement augmenté ces dernières années : 2.058 en 2021¹⁶, 115.416 en 2022, 222.153 en 2023 et 284.733 en 2024 (Collège Intermutualiste National, 2025). Ces chiffres donnent une indication précieuse de l'ampleur du recours au dispositif. Ils reposent toutefois sur une définition spécifique : est considéré-e comme « patient-e actif-ve » toute personne inscrite dans un réseau et ayant participé à au moins une séance. Cette inscription est valable pour une durée maximale d'un an à partir de la date d'inscription, ce qui rend difficile l'analyse du recours sur base annuelle.

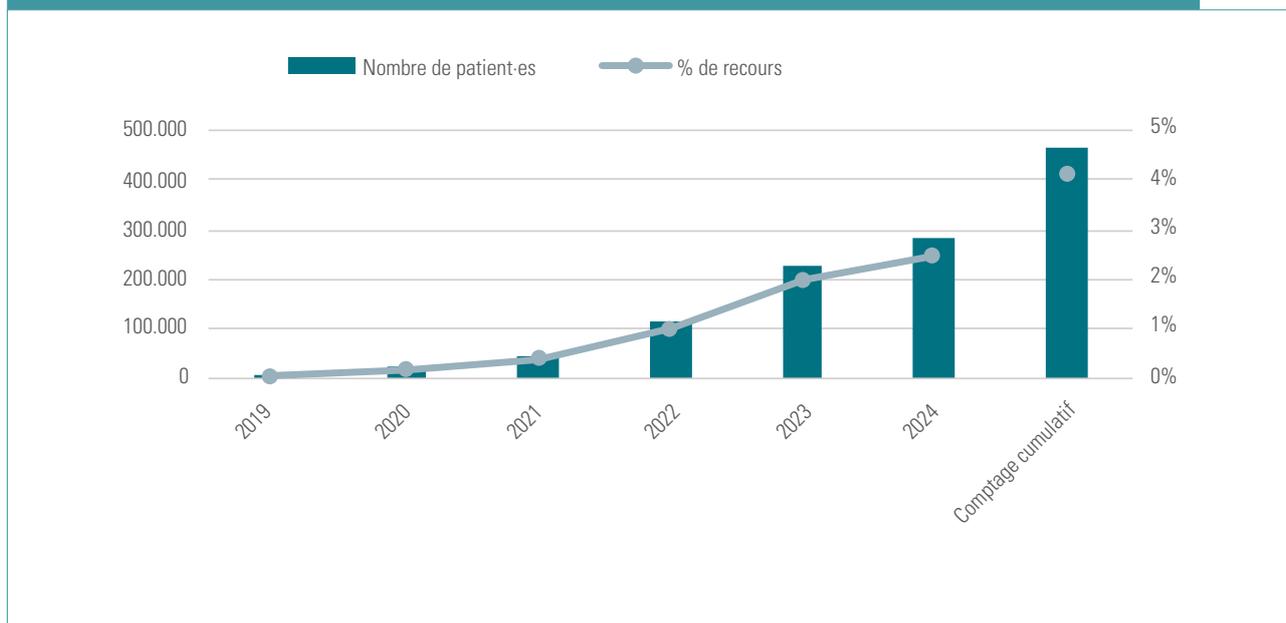
Pour pouvoir estimer un taux de recours – c'est-à-dire la proportion de la population ayant eu accès à la convention au cours d'une année donnée – il est toutefois également important de disposer de données structurées par année civile afin de pouvoir les rapporter à la population générale ainsi qu'à ses différentes catégories sociodémographiques. C'est ce que permet l'approche mobilisée dans cette étude, à partir des données de la MC extrapolées à l'ensemble de la Belgique. Selon cette méthode, le nombre de bénéficiaires est passé de 6.387 en 2019 à 282.937¹⁷ en 2024, soit un **taux de recours qui augmente de 0,1% à 2,5%** (voir Figure 4).

Au total, depuis le lancement de la convention, 466.082 personnes différentes y ont eu recours, soit environ 4,1% de la population belge (voir Figure 4, « comptage cumulatif »). Cette donnée cumulative permet d'apprécier l'ampleur globale du recours à la convention SPPL sur l'ensemble de la période, au-delà des évolutions annuelles.

16 Les données les plus anciennes enregistrées dans le *Dashboard MHC* datent du 5/10/2021.

17 Très proche du chiffre du *Dashboard MHC* pour la même année, ce qui confirme la cohérence globale des estimations.

Figure 4 : Évolution du nombre et du pourcentage de personnes à avoir recours à la convention SPPL au sein de la population belge entre 2019 et 2024
(Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



3.3.2. Caractéristiques socio-démographiques

La figure 5 présente les taux de recours à la convention SPPL en 2024 pour différents sous-groupes de la population belge. Ces résultats mettent en évidence des disparités importantes selon l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la région de résidence et certaines situations spécifiques.

Les taux de recours sont plus élevés chez les jeunes adultes (3,7% des 20-29 ans y ont recours) et les 0-19 ans (3,3%), tandis qu'ils diminuent nettement avec l'âge (0,7% chez les 65-79 ans et 0,5% chez les 80 ans et plus). Les femmes (3,2%) recourent davantage au dispositif que les hommes (1,8%). Le statut BIM est également associé à un recours plus élevé (3,1% contre 2,3% pour les personnes non-BIM¹⁸). Par ailleurs, la proportion de BIM parmi les utilisateur-rices du dispositif est restée relativement stable entre 2019 et 2024, oscillant entre 25% et 26% chaque année. Ce chiffre est nettement supérieur à la proportion de BIM dans la population belge en 2023 (20%), ce qui confirme une utilisation plus fréquente du dispositif par les personnes en situation socio-économique plus précaire, sans pour autant indiquer une évolution marquée dans le profil des usager-es au fil du temps.

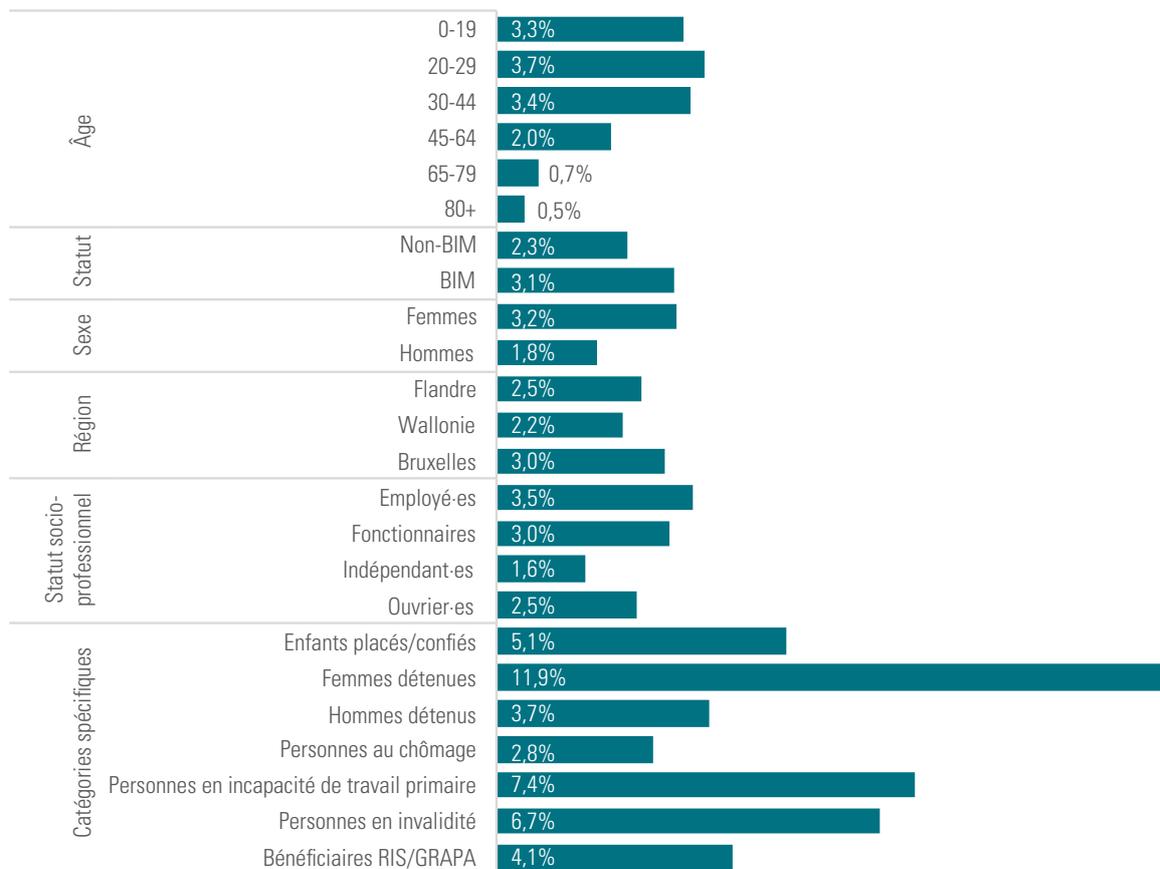
Des écarts apparaissent aussi selon la région, avec un recours légèrement plus élevé à Bruxelles (3,0%) qu'en Flandre (2,5%) et en Wallonie (2,2%). Du côté des statuts socio-professionnels, les employé-es (3,5%) et les fonctionnaires (3,1%) présentent des taux de recours plus élevés que les indépendant-es (1,6%) ou les ouvrier-es (2,5%).

Certains sous-groupes spécifiques présentent des taux de recours particulièrement élevés, comme les femmes détenues (11,9%), les personnes en incapacité de travail primaire (7,4%) ou en invalidité (6,7%). Les enfants placés ou confiés (5,1%) affichent également un taux important, ce qui témoigne d'une pénétration relativement forte du dispositif auprès de publics en situation de vulnérabilité ou de fragilité sociale. En revanche, les personnes au chômage (2,8%) présentent un taux de recours légèrement supérieur à la moyenne nationale, mais qui pourrait rester en deçà des besoins réels, suggérant un accès encore partiel pour ce groupe.

Les données détaillées, incluant le nombre brut de patient-es et leur évolution dans le temps, sont disponibles en annexe 3.

¹⁸ Après standardisation de deux critères influençant le recours, l'âge et le sexe, l'impact du statut BIM sur le recours persiste. Ainsi, à âge et sexe égal (population de référence : membres de la MC 2024), 3,3% des BIM ont eu recours à la convention SPPL en 2024, contre 2,3% des personnes non-BIM.

Figure 5 : Pourcentage de personnes ayant eu recours à la convention SPPL parmi les différents sous-groupes de la population belge en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



3.3.3. Type de soins

L'analyse de la répartition du recours à la convention entre 2022 et 2024 selon la fonction, le réseau et le lieu de prestation met en évidence plusieurs évolutions dans la structuration de l'offre (voir Tableaux 2 et 4).

Fonction

La majorité des bénéficiaires sont pris-es en charge dans le cadre de la fonction de soutien psychologique de première ligne, bien que cette part diminue progressivement (de 74% en 2022 à 66% en 2024, voir Tableau 2). En parallèle, la part des personnes suivies dans le cadre de la fonction de traitement des problèmes légers à modérés augmente (de 11% à 14%), tout comme celle des personnes bénéficiant des deux fonctions (de 16% à 20%). Cette évolution suggère une diversification progressive des modalités de

prise en charge, avec un recours croissant à des suivis plus intensifs ou combinés.

Le tableau 3 détaille la répartition des bénéficiaires de la convention en 2024 selon la fonction de soins et les caractéristiques socio-démographiques, révélant des disparités selon les profils. Les personnes en invalidité recourent davantage aux suivis combinés (28%) et à la fonction de traitement (20%), ce qui peut indiquer des besoins plus complexes. Une tendance comparable est observée chez les personnes en incapacité de travail primaire (24% en suivi combiné) et chez les BIM (23% ont un suivi combiné, contre 19% des non-BIM).

À l'inverse, les bénéficiaires du RIS ou de la GRAPA sont plus souvent orientés vers la fonction de soutien (68%), tout comme les personnes au chômage (67%), ce qui pour-

Tableau 2 : Nombre de personnes ayant recours à la convention SPPL entre 2022 et 2024 et répartition selon la fonction (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

	2022		2023		2024	
	N	Répartition	N	Répartition	N	Répartition
Soutien	83.767	74%	150.579	67%	185.871	66%
Traitement	12.186	11%	32.295	14%	39.715	14%
Les deux fonctions	17.625	16%	43.320	19%	57.351	20%
Total	113.578	100%	226.194	100%	282.937	100%

Tableau 3 : Nombre de personnes ayant recours à la convention SPPL en 2024 et répartition selon la fonction et les caractéristiques socio-démographiques (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

		N			Répartition		
		Soutien	Traitement	Les deux fonctions	Soutien	Traitement	Les deux fonctions
Population belge		185.871	39.715	57.351	66%	14%	20%
Âge	0-19	57.835	10.751	14.797	69%	13%	18%
	20-29	32.740	6.736	9.550	67%	14%	19%
	30-44	47.636	11.154	16.285	63%	15%	22%
	45-64	36.774	9.315	13.647	62%	16%	23%
	65-79	8.329	1.494	2.478	68%	12%	20%
	80+	2.558	264	593	75%	8%	17%
Statut	Non-BIM	139.758	29.541	40.773	67%	14%	19%
	BIM	46.114	10.174	16.577	63%	14%	23%
Sexe	Femmes	118.177	26.548	39.201	64%	14%	21%
	Hommes	67.695	13.167	18.150	68%	13%	18%
Région	Flandre	111.286	30.674	28.579	65%	18%	17%
	Wallonie	51.592	7.478	20.028	65%	9%	25%
	Bruxelles	22.909	1.556	8.716	69%	5%	26%
Statut socio-professionnel	Employé-es	48.267	11.538	17.662	62%	15%	23%
	Fonctionnaires	8.258	2.265	2.889	62%	17%	22%
	Indépendant-es	7.091	1.605	2.264	65%	15%	21%
	Ouvrier-es	32.115	6.776	10.000	66%	14%	20%
Catégories spécifiques	Enfants placés/confiés	698	183	191	65%	17%	18%
	Personnes détenues	273	51	80	68%	13%	20%
	Personnes au chômage	14.227	2.677	4.397	67%	13%	21%
	Personnes en incapacité de travail primaire	23.063	4.525	8.814	63%	12%	24%
	Personnes en invalidité	18.056	6.726	9.608	53%	20%	28%
	Bénéficiaires RIS/GRAPA	7.056	1.030	2.254	68%	10%	22%

rait indiquer un accès plus limité aux suivis spécialisés ou une absence de transition vers des soins plus approfondis.

L'âge joue également un rôle : les 45-64 ans recourent davantage aux suivis combinés (respectivement 23%) que les plus jeunes (18% des moins de 20 ans) ou les plus âgés (17%). Enfin, des disparités régionales apparaissent : la Wallonie et Bruxelles affichent une part élevée de suivis combinés (25% et 26%) et une faible proportion de personnes à être orientées vers la fonction de traitement uniquement, particulièrement à Bruxelles (5%).

Réseau

La répartition selon le réseau montre une augmentation notable de la part des enfants et adolescent-es, qui passent de 22% des bénéficiaires en 2022 à 32% en 2024 (voir Tableau 4). Cette évolution reflète un renforcement de l'offre à destination des publics jeunes, en réponse à des besoins croissants identifiés dans cette tranche d'âge.

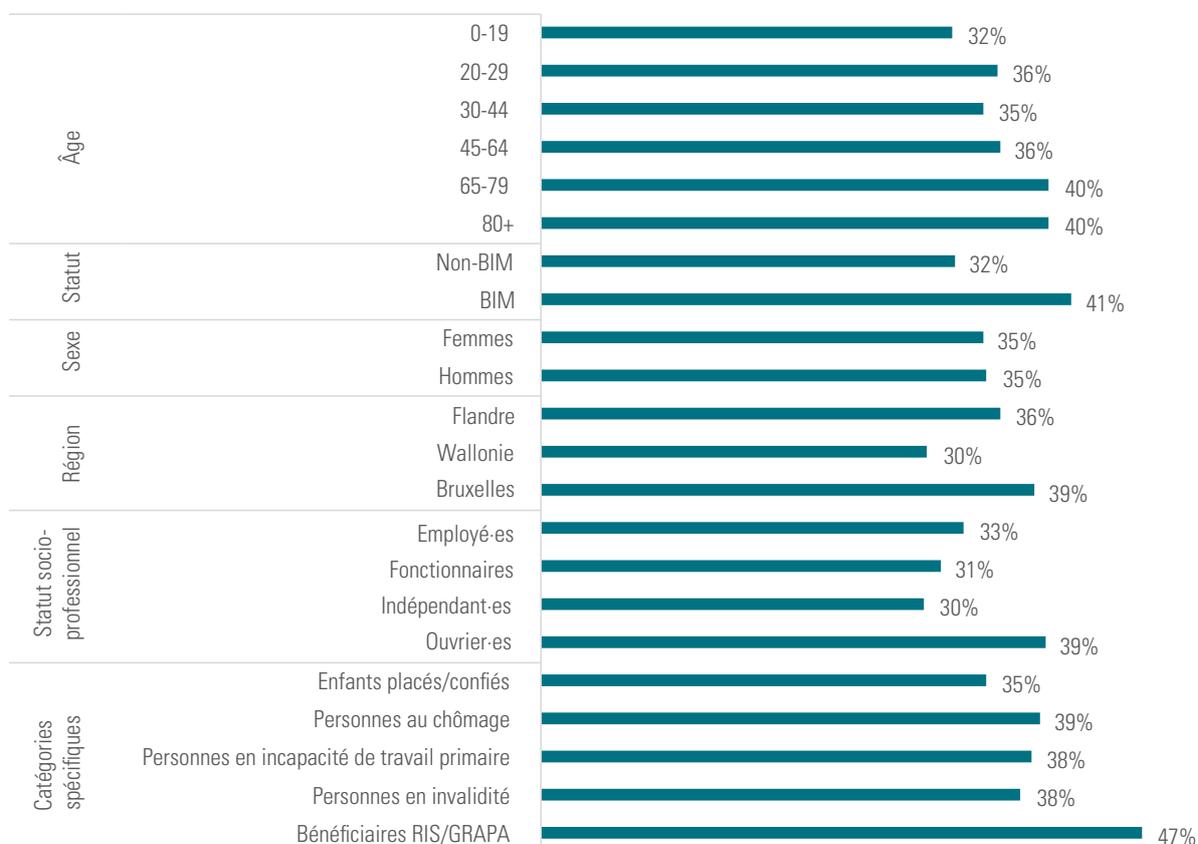
Lieu de prestation

La répartition selon le lieu de prestation indique une transformation importante des modalités d'intervention. Alors que 81% des patient-es avaient uniquement recours aux soins en cabinet en 2022, cette part chute à 51% en 2024. Dans le même temps, les interventions dans des lieux d'accroche deviennent plus fréquentes : 35% des bénéficiaires ont recours en 2024 (et 18% exclusivement), alors que ce n'était le cas que de 13% (et 0,4% exclusivement) en 2022. Ces lieux d'accroche permettent de proposer des soins dans des environnements plus accessibles ou familiers pour les publics éloignés des soins traditionnels. Leur montée en puissance témoigne d'un effort d'adaptation de l'offre aux réalités de terrain et à la diversité des besoins. Les séances de groupe, les interventions à domicile ou à distance, ainsi que les prises en charge dans plusieurs lieux sont également plus fréquentes, traduisant une plus grande flexibilité dans les modalités d'intervention.

Tableau 4 : Nombre de personnes ayant recours à la convention SPPL entre 2022 et 2024 et répartition selon le réseau et le lieu (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

		2022		2023		2024	
		N	Répartition	N	Répartition	N	Répartition
Selon le réseau	Adultes	88.916	78,3%	161.779	71,5%	193.331	68,3%
	Enfants et adolescent-es	24.662	21,7%	64.414	28,5%	89.606	31,7%
Selon le lieu	Cabinet uniquement	91.753	80,8%	145.169	64,2%	145.531	51,4%
	Lieu d'accroche uniquement	448	0,4%	7.694	3,4%	51.048	18,0%
	Séance de groupe uniquement	2.345	2,1%	12.534	5,5%	16.559	5,9%
	À domicile uniquement	86	0,1%	1.039	0,5%	3.733	1,3%
	À distance uniquement	76	0,1%	826	0,4%	1.806	0,6%
	Plusieurs lieux	18.479	16,3%	53.554	23,7%	58.579	20,7%
	Autre	390	0,3%	5.377	2,4%	5.679	2,0%
Selon le lieu (plusieurs lieux possibles)	Cabinet	110.172	97,0%	198.024	87,5%	199.721	70,6%
	Lieu d'accroche	15.048	13,2%	50.788	22,5%	98.245	34,7%
	Séance de groupe	2.742	2,4%	17.094	7,6%	28.174	10,0%
	À domicile	4.546	4,0%	11.110	4,9%	12.352	4,4%
	À distance	7.008	6,2%	13.613	6,0%	20.143	7,1%

Figure 6 : Pourcentage dans chaque catégorie d'utilisateur-rices à passer au moins une fois par un lieu d'accroche en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



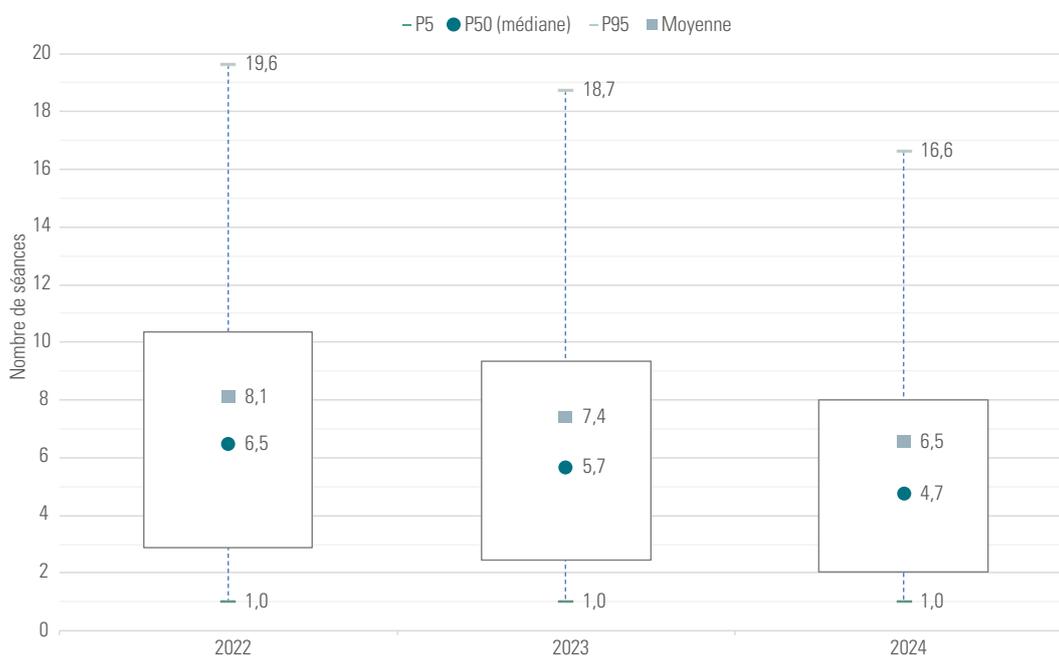
Les données permettent de relever des écarts dans le recours aux lieux d'accroche selon les profils (voir Figure 6 et Annexe 4 pour les chiffres détaillés selon l'ensemble des lieux et les caractéristiques socio-démographiques). Le pourcentage de personnes qui fréquentent des lieux d'accroche augmente avec l'âge, passant de 32% chez les 0-19 ans à 40% chez les 65 ans et plus. Les BIM sont également plus nombreux-ses à y recourir (41% contre 32% pour les non-BIM), tout comme les bénéficiaires du RIS ou de la GRAPA (47%), soulignant l'efficacité de ces dispositifs à atteindre les publics les plus fragiles. Des disparités régionales apparaissent également : Bruxelles enregistre le taux le plus élevé (39%), suivie de la Flandre (36%) et de la Wallonie (30%).

3.3.4. Nombre de séances dans le cadre de la convention SPPL

Entre 2022 et 2024, le nombre moyen de séances par patient-e dans le cadre de la convention SPPL diminue progressivement, passant de 8,1 à 6,5 séances en moyenne, sans distinction de la fonction. Cette tendance à la baisse est généralisée, touchant presque toutes les catégories analysées : âge, sexe, statut socio-économique ou type de réseau (voir Annexe 5).

L'analyse de la distribution du nombre de séances permet de ne pas limiter nos considérations à la moyenne. La distribution met en évidence non seulement les tendances générales, mais aussi la diversité des trajectoires de soins des patient-es. On observe ainsi une diminution de la dispersion entre 2022 et 2024 (voir Figure 7). Parmi les personnes ayant entamé les SPPL en 2022, la médiane s'élevait à 6,5 séances sur une période de 12 mois, 25% des patient-es avaient plus

Figure 7 : Nombre de séances par patient-e sur 12 mois en fonction de l'année de début du trajet (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



de 10,4 séances (P75) et 5% plus de 19,6 séances (P95). En 2024, ces valeurs sont toutes en baisse : la médiane chute à 4,7 séances, 25% des patient-es ont plus de 8,0 séances et 5% plus de 16,6 séances. Cela traduit non seulement une réduction globale du nombre de séances, mais aussi une diminution du nombre de patient-es bénéficiant de suivis intensifs, c'est-à-dire avec un nombre élevé de séances.

En 2024, le nombre moyen de séances varie selon plusieurs caractéristiques individuelles et structurelles (voir Annexe 5). Chez les femmes, le nombre de séances est plus élevé que chez les hommes (6,7 contre 6,1 séances). Sur le plan régional, Bruxelles affiche une moyenne supérieure (7,0 séances), tandis que la Flandre et la Wallonie se situent autour de 6,3 à 6,4 séances. Des écarts plus marqués apparaissent selon le statut socio-professionnel : les employé-es et fonctionnaires ont le nombre moyen de séances les plus élevées (6,8 et 6,7), tandis que les indépendant-es et ouvrier-es enregistrent des moyennes plus faibles (5,9 et 6,0). Certaines catégories spécifiques se distinguent : les enfants placés ou confiés bénéficient d'un suivi particulièrement intensif (8,7), tandis que les personnes détenues présentent un nombre de séances nettement plus faible (3,9). D'autres sous-groupes en situation de vulnérabilité, comme les bénéficiaires du RIS,

de la GRAPA ou les personnes au chômage, présentent également un nombre de séances inférieur à la moyenne nationale, avec 5,8 séances en moyenne.

Bien que la moyenne du nombre de séances soit proche entre les patient-es BIM et non-BIM (respectivement 6,4 et 6,5), la médiane est légèrement plus basse chez les patient-es BIM (4,5 contre 4,8), et le premier quartile est également inférieur (1,7 contre 2,2), suggérant un suivi plus court pour une part importante de patient-es BIM (voir Figure 8). À l'inverse, le P95 est plus élevé chez les BIM (17,4 contre 16,4), indiquant que les suivis les plus longs sont un peu plus fréquents dans ce groupe. Ces éléments traduisent une plus grande dispersion des trajectoires de soins parmi les patient-es BIM.

Le type de réseau influence également le nombre de séances : en 2022, les suivis dans les réseaux pour enfants et adolescent-es affichaient une moyenne plus élevée (8,6 séances contre 7,9 dans les réseaux pour adultes), mais cette différence disparaît en 2024, avec un nombre de séances proche de celui des réseaux pour adultes (respectivement 6,4 et 6,6 séances en moyenne). Le mode d'entrée dans le trajet de soins joue aussi un rôle : les suivis débutant par une séance en cabinet ou à domicile

Figure 8 : Nombre de séances par patient-e sur 12 mois selon le statut BIM, pour les trajets entamés en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

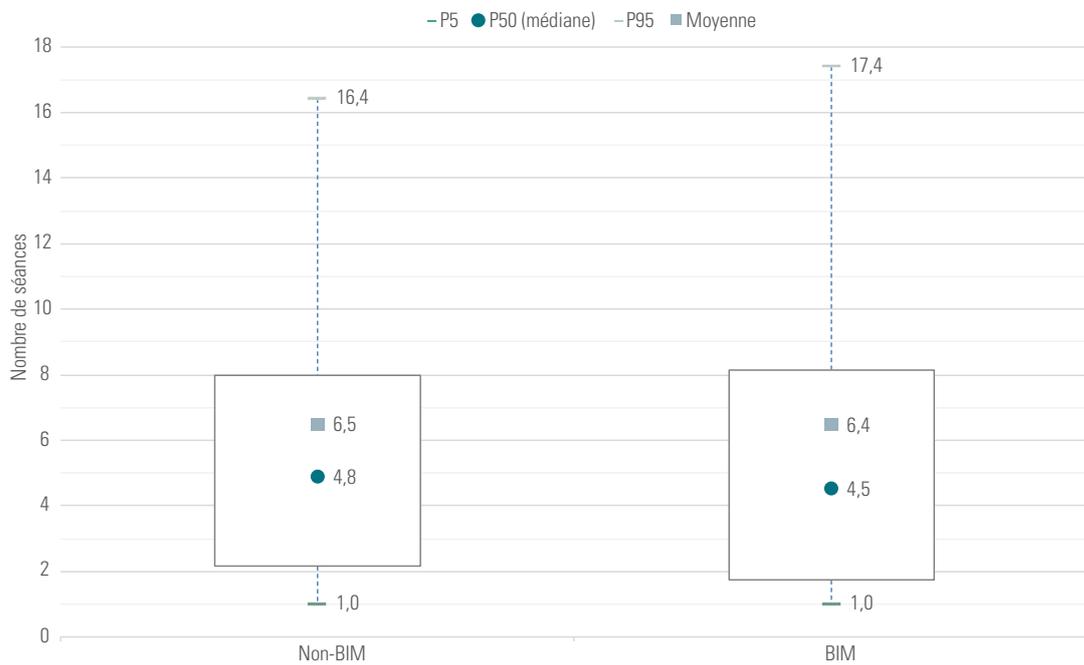
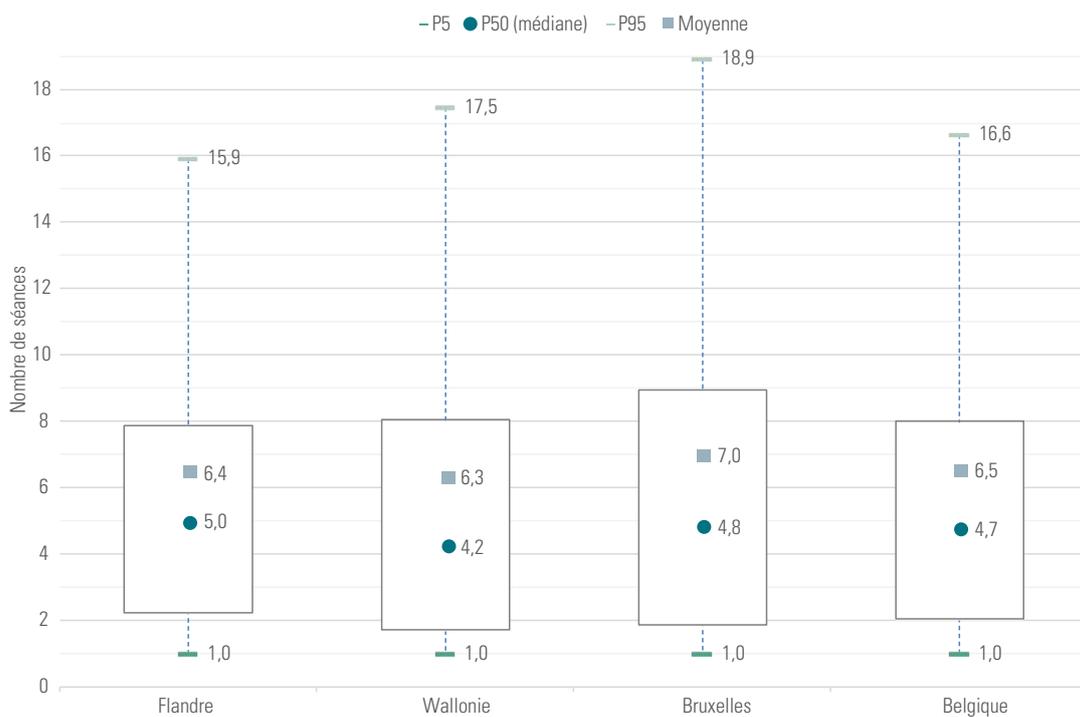


Figure 9 : Nombre de séances par patient-e sur 12 mois selon la région, pour les trajets entamés en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



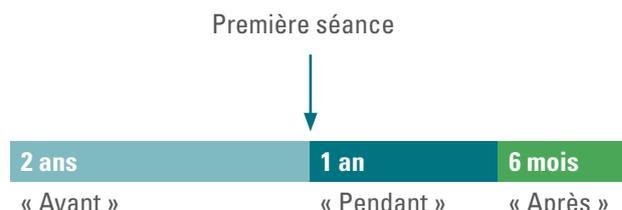
sont plus intenses, tandis que ceux initiés par une séance de groupe sont moins intenses (4,6 séances). Enfin, la fonction de soins est un facteur déterminant : les suivis relevant uniquement du soutien de première ligne restent les moins intenses (4,2 séances), ceux relevant du traitement atteignent 6,9 séances, et les suivis combinés se distinguent nettement avec une moyenne de 12,6 séances.

Au-delà de la moyenne, on observe des différences au niveau régional (voir Figure 9). La médiane est de 5 séances en Flandre, 4,8 à Bruxelles, et 4,7 au niveau national, mais elle est légèrement plus basse en Wallonie (4,2), suggérant un nombre de séances moindre pour la moitié des patient-es dans cette région. À Bruxelles, les percentiles supérieurs indiquent une plus grande dispersion vers le haut : le P75 est similaire dans toutes les régions (environ 8 séances), sauf à Bruxelles (9,0). Le P95 atteint 18,9 à Bruxelles, contre 17,5 en Wallonie et 15,9 en Flandre et au niveau national. Cela signifie que les 5% de patient-es les plus intensivement suivi-es à Bruxelles ont eu jusqu'à trois séances de plus qu'en Flandre.

3.3.5. Trajectoires de soins en santé mentale

Afin d'analyser les trajectoires de soins en santé mentale dans le cadre de la convention SPPL, les données ont été structurées en trois périodes distinctes autour de la première séance :

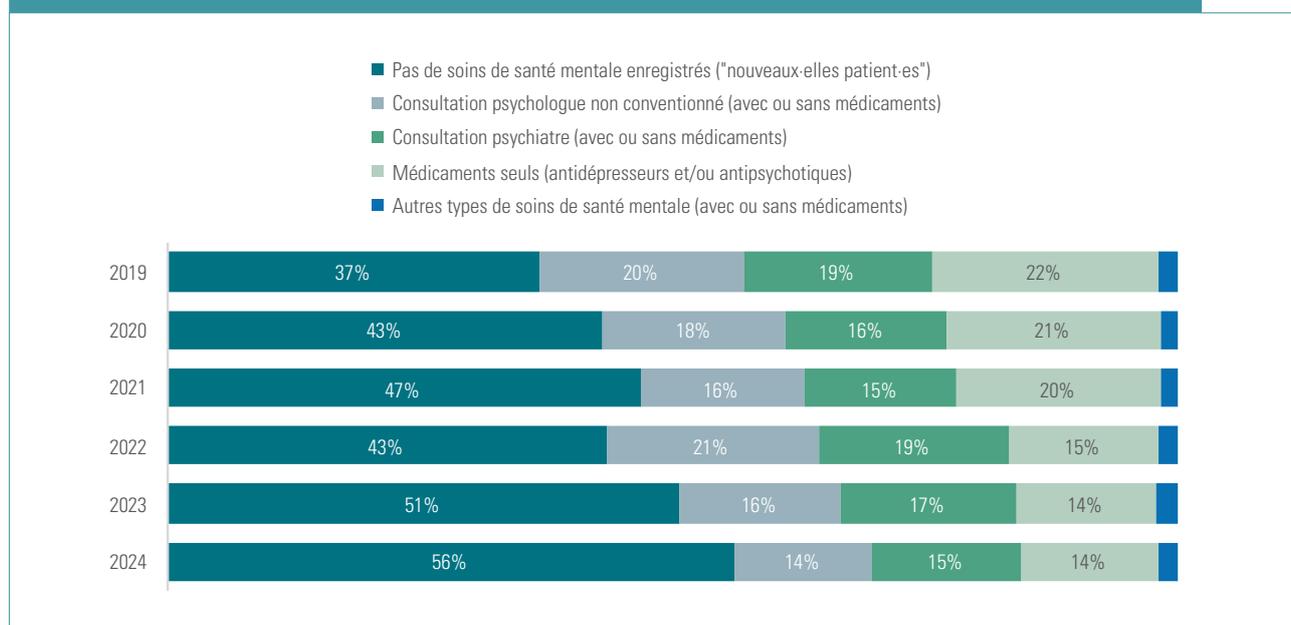
- **La période « avant »** couvre les **deux années précédant** cette première séance ;
- **La période « pendant »** correspond à **l'année suivant** le début du trajet conventionné ;
- **La période « après »** couvre les **six mois suivant** cette première année.



Avant l'entrée dans la convention

L'analyse des types de soins en santé mentale reçus avant d'avoir eu recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL révèle des évolutions notables entre 2019 et 2024. La proportion de patient-es n'ayant reçu **aucun soin de santé mentale enregistré** avant leur entrée dans la convention a fortement augmenté, passant de 37% en 2019 à 56% en 2024 (voir Figure 10).

Figure 10 : Répartition des patient-es selon leur trajectoire de soins en santé mentale¹⁹ avant l'entrée dans la convention SPPL, entre 2019 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

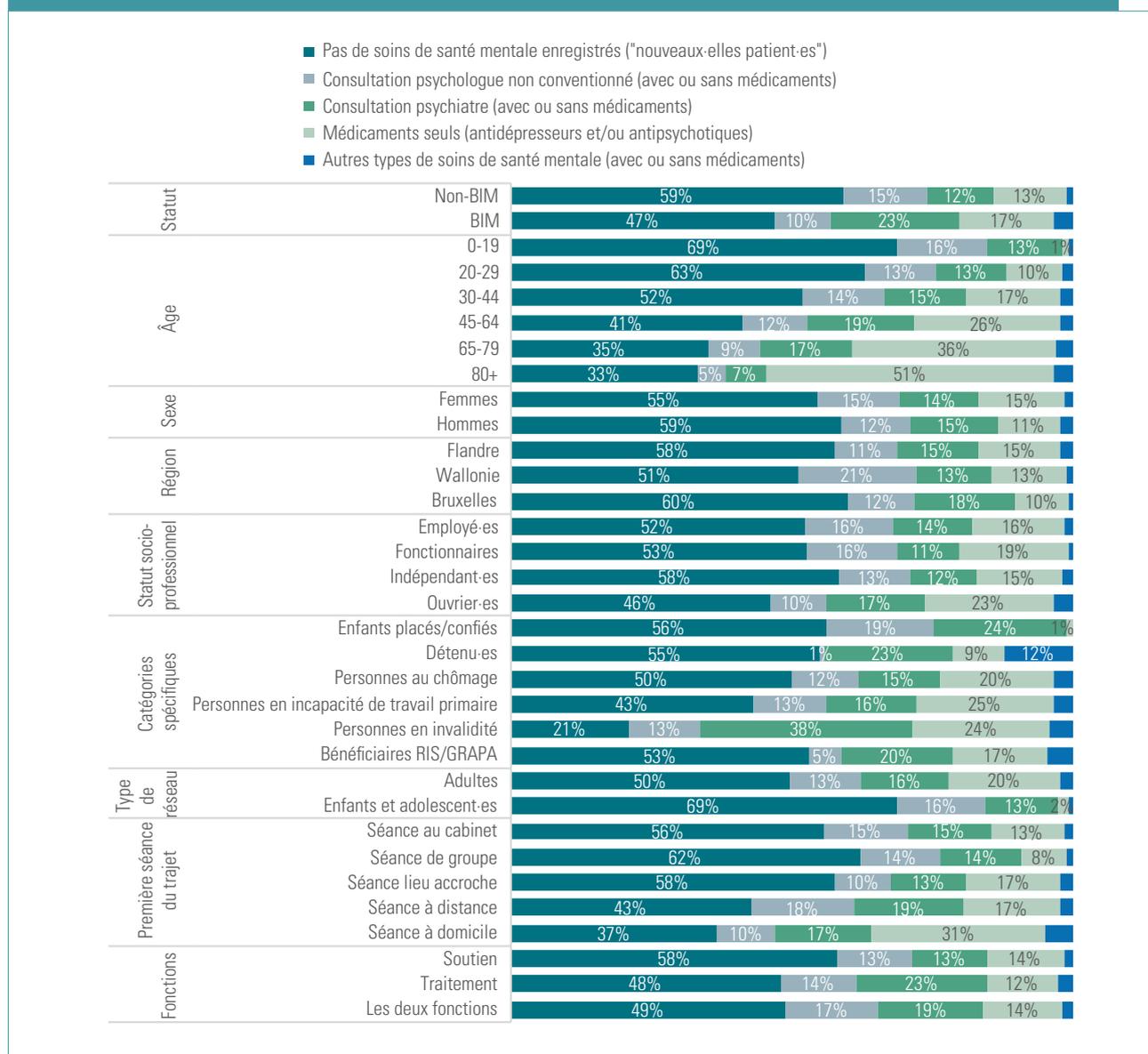


19 En cas de cumul des types de soins, le suivi chez un-e psychiatre (en ambulatoire) est prioritaire pour l'attribution de la catégorie unique par patient-e.

Entre 2019 et 2024, la proportion de patient-es entrant dans la convention SPPL ayant eu un suivi psychiatrique ambulatoire dans les deux années précédentes reste relativement stable, entre 15% et 19%. La proportion de patient-es qui avaient uniquement recours aux médicaments antidépresseurs et/ou antipsychotiques, quant à elle, diminue de 22% en 2019 à 14% en 2024.

En 2024, les proportions les plus élevées de « nouveaux-elles patient-es » (c'est-à-dire sans soins de santé mentale enregistrés avant l'entrée dans la convention) sont observées dans certaines sous-catégories spécifiques (voir Figure 11). C'est notamment le cas dans le réseau « enfants et adolescent-es » (69%) et chez les jeunes âgé-es de 0 à 19 ans (69%) et les 20 à 29 ans (63%). Des proportions élevées sont également observées lorsque la première séance a lieu en groupe (62%), chez les hommes (59%), les bruxellois-es (60%)²⁰, les non-BIM (59%) et les indépendant-es (58%).

Figure 11 : Répartition des patient-es selon leur trajectoire de soins en santé mentale avant l'entrée dans la convention SPPL en 2024, selon les caractéristiques sociodémographiques (Source : Données MC-CM pondérées et extrapolées à la population belge)



20 En Wallonie, la proportion plus faible de « nouveaux-elles patient-es » et celle plus élevée de patient-es ayant consulté un-e psychologue non conventionné-e avant leur entrée dans le trajet peut être influencée par un biais structurel. En effet, les consultations de psychologues non conventionné-es sont davantage couvertes par l'AC de la MC francophone que l'AC néerlandophone, ce qui permet un meilleur enregistrement de ce type de soins en Wallonie.

À l'inverse, certaines sous-catégories présentent des proportions plus faibles de nouveaux-elles patient-es, ce qui reflète une part plus importante de personnes ayant déjà eu recours à des soins de santé mentale avant leur entrée dans le trajet conventionné. C'est le cas des bénéficiaires du statut BIM (47%), des personnes en incapacité de travail primaire (43%), des personnes en invalidité (21%). Ces sous-groupes sont généralement plus à risque de rencontrer des problèmes en matière de santé mentale, ce qui peut expliquer un recours antérieur plus fréquent aux soins. Les patient-es âgé-es de 65 ans et plus sont également moins nombreux-ses (33-35%) à ne pas avoir eu de soins de santé mentale dans les deux ans qui précèdent, ce qui peut s'expliquer par le haut niveau de recours aux médicaments psychotropes dans cette catégorie d'âge (respectivement 35% des 65-79 ans et 48% des 80 ans et plus avaient recours aux médicaments antidépresseurs ou antipsychotiques sans autre type de suivi en santé mentale).

On observe également que les personnes BIM et celles en invalidité ont eu davantage recours aux soins psychia-

triques que les autres sous-groupes avant l'entrée dans la convention (respectivement 23% des BIM et 38% des personnes en invalidité). Elles ont également eu davantage recours aux médicaments psychotropes sans autre type de suivi (17% et 24%), et, parallèlement, moins aux soins psychologiques non conventionnés (10% et 13%).

Pendant et après l'entrée dans la convention

Mais qu'en est-il des soins dispensés en parallèle du trajet conventionné, ou après celui-ci ? Alors qu'en 2023, 50% des patient-es n'avaient reçu aucun autre type de soins de santé mentale dans les deux années précédant leur entrée dans la convention, ce pourcentage augmente à 56% pendant la période conventionnée, et atteint 66% un an et demi après le début du suivi (indépendamment du fait que le suivi SPPL soit toujours en cours ou non, voir Figure 12). Parmi ces 66%, 51% ne poursuivent pas les SPPL au-delà d'un an et n'ont donc plus aucun soin de santé mentale enregistré dans la période « après », alors que 15% continuent à bénéficier de SPPL, sans pour autant avoir en parallèle d'autres soins de santé mentale.

Figure 12 : Évolution des types de soins en santé mentale avant, pendant et après un trajet conventionné, pour les trajets entamés en 2023 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



Le recours aux autres formes de soins psychologiques diminue aussi : 16% des patient-es avaient recours à un suivi psychologique non-conventionné avant l'entrée dans la convention, ils ne sont plus que 5% après. Parmi ces 5%, 4% n'ont par ailleurs plus recours aux SPPL non plus, soit une grande majorité, et 1% continuent à y avoir recours. Pour ce qui est des consultations chez le-la psychiatre, 18% y avaient recours avant et cette proportion reste la même pendant, mais ce n'est plus le cas que pour 12% après (parmi ces 12%, 6% ont toujours recours aux SPPL après, soit la moitié d'entre eux-elles).

L'usage de médicaments, sans simultanément être suivi chez un-e psychiatre ou bénéficier d'autres types de soins de santé mentale, reste cependant stable et augmente même pendant la période du suivi : 14% des patient-es y avaient recours avant le trajet, c'est le cas de 16% pendant et de 16% après (dont une majorité de 11% qui n'ont également plus recours aux SPPL et 5% qui continuent à y avoir recours).

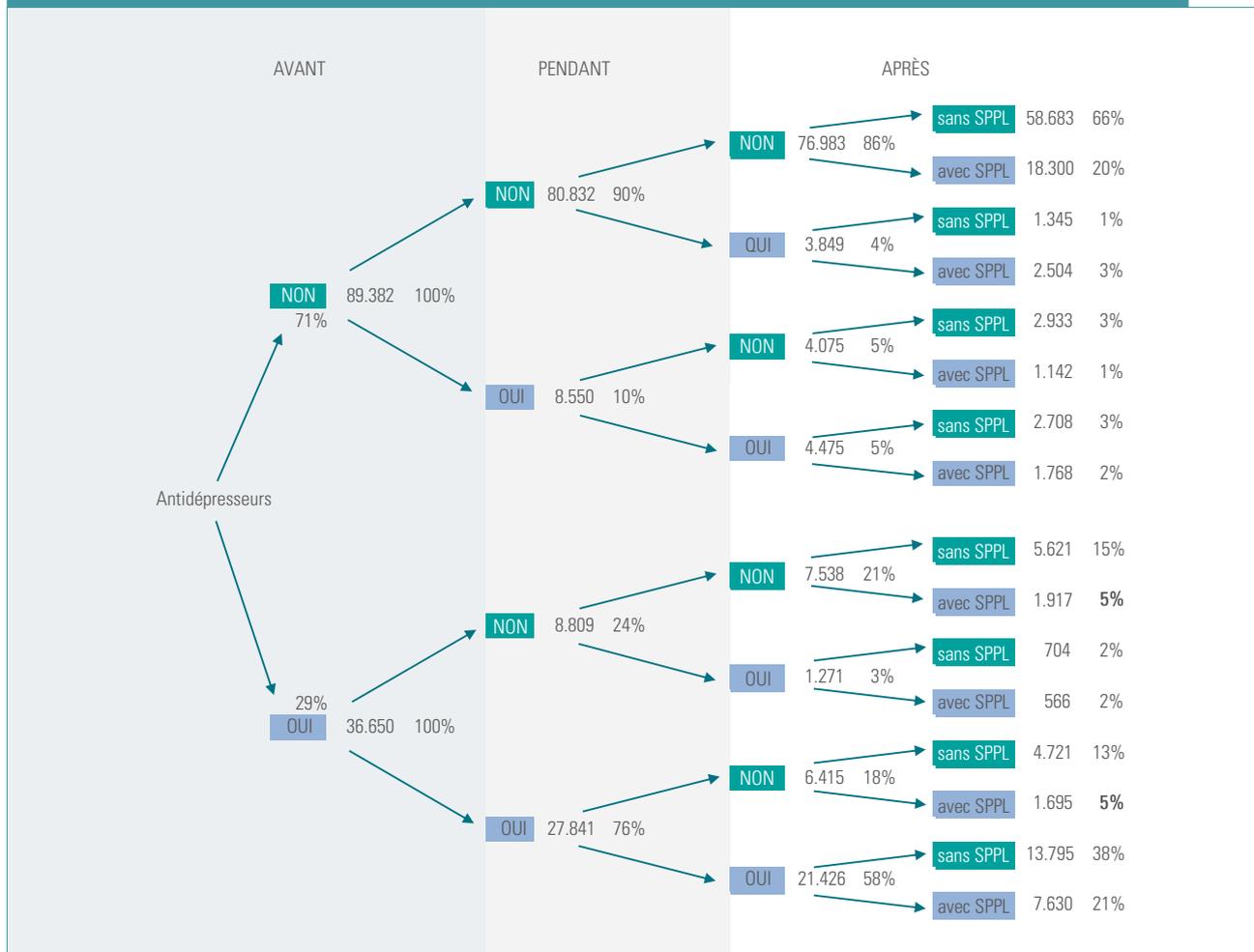
Au total, la part de patient-es qui continuent à recevoir des soins de première ligne plus d'un an après le début de leur trajet est ainsi portée à 28%.

Trajectoires individuelles

Pour dépasser les tendances générales, les trajectoires individuelles ont également été explorées pour deux types de soins : les traitements antidépresseurs et les consultations psychiatriques. Pour chaque type de soin, les patient-es ont été classé-es selon la présence ou non de soins avant, pendant et après le trajet conventionné. Les données révèlent une **grande diversité de parcours individuels** en matière de santé mentale, selon qu'il s'agisse de traitements antidépresseurs ou de consultations psychiatriques.

Concernant les **traitements antidépresseurs**, une majorité des patient-es qui n'étaient pas sous traitement avant le trajet conventionné ne l'ont pas été non plus pendant ni après (86%, voir Figure 13). Parmi ces dernier-es, une majorité ne poursuit pas les soins dans le cadre de la convention au-de-

Figure 13 : Nombre de patient-es et répartition selon qu'ils-elles aient recours ou non aux antidépresseurs, avant, pendant et après le trajet, pour les trajets entamés en 2023 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



là d'un an (66%). En revanche, 10% ont commencé un traitement pendant le trajet, et 4% après.

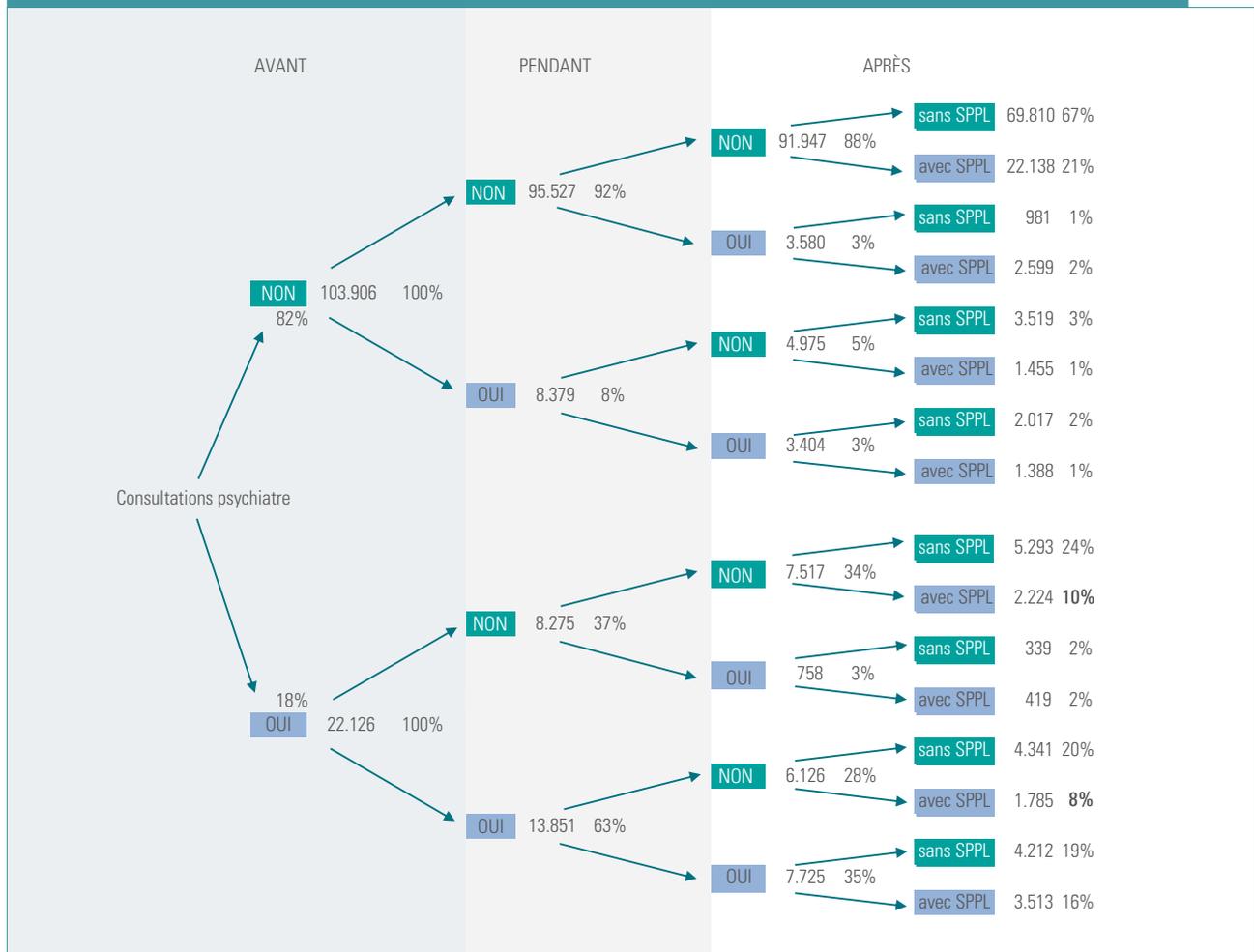
Chez les patient-es déjà sous traitement antidépresseur avant le trajet de soins conventionnés, 58% ont poursuivi leur traitement (pendant et après), ce qui témoigne d'une certaine continuité. Parmi ceux-ci, une majorité a toutefois arrêté les SPPL après (38% parmi ces 58%, soit plus de deux tiers d'entre elles-eux).

Toujours chez les patient-es sous traitement avant le trajet, 21% ont arrêté pendant le trajet et n'ont pas repris ensuite, tandis que 18% ont arrêté après. Parmi ces dernier-es, 10% ont néanmoins continué à recourir aux SPPL au-delà d'un an (voir chiffres en gras sur la figure 13), pouvant indiquer un transfert du traitement médicamenteux vers une prise en charge psychothérapeutique. Enfin, pour 28% des patient-es initialement sous antidépresseurs, on n'observe plus de recours ni aux antidépresseurs ni aux SPPL après le trajet (15% ayant arrêté les antidépresseurs pendant, et 13% après).

Pour les **consultations psychiatriques**, les trajectoires sont également variées. Parmi les patient-es sans suivi initial, 88% n'ont pas eu de contact ultérieur (ni pendant, ni après), et la majorité d'entre eux-elles n'a également pas poursuivi les SPPL au-delà de la première année (67%). En revanche, 8% ont entamé un suivi pendant et 3% après le trajet (voir Figure 14). Parmi ces dernier-es, une proportion plus élevée continue également le suivi SPPL en parallèle (2.599 personnes parmi 3.580).

Chez les patient-es qui avaient recours aux consultations psychiatriques avant, 63% ont maintenu leur suivi pendant, mais 28% n'ont pas poursuivi après, tandis que 34% n'ont ni poursuivi pendant ni après. Parmi les personnes qui ont arrêté de consulter un-e psychiatre pendant ou après, on observe respectivement un pourcentage de 10% et de 8% (en gras sur la figure 14) qui ont en revanche continué à avoir recours aux SPPL. En d'autres termes, 18% des patient-es qui avaient des consultations chez le-la psychiatre effectuent un transfert vers les SPPL.

Figure 14 : Nombre de patient-es et répartition selon qu'ils-elles aient recours ou non aux consultations chez le-la psychiatre, avant, pendant et après le trajet, pour les trajets entamés en 2023 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



4. Discussion des résultats

4.1. Une montée en puissance du dispositif, mais des disparités territoriales persistantes

L'un des objectifs initiaux de l'étude était de **déterminer si la convention SPPL s'était durablement implantée dans le paysage des soins de santé mentale**. Les données confirment une montée en puissance rapide et continue du dispositif avec un pourcentage croissant de la population à y avoir recours et une augmentation significative du nombre de prestataires conventionnés. Cette montée en puissance témoigne d'une intégration progressive de la convention dans le paysage des soins de santé mentale. Par ailleurs, l'élargissement de l'accès, permis par le remboursement des consultations psychologiques, ne s'est pas traduit par une hausse incontrôlée de la demande ni par un report vers d'autres filières.²¹

Cette dynamique globale cache toutefois des disparités territoriales importantes, tant en termes de disponibilité de l'offre que de réponse aux besoins en santé mentale. Certains territoires, comme la Région de Bruxelles-Capitale, se distinguent par une offre dense, un taux de recours élevé et une mobilisation budgétaire complète, traduisant une bonne adéquation entre l'offre, l'accessibilité et les besoins. Au contraire, d'autres, comme le Hainaut, cumulent les indicateurs défavorables : recours limité, et nombre de prestations par 100 habitant·es le plus faible malgré des besoins élevés. Le budget n'y est pas totalement utilisé, révélant une marge de manœuvre importante : les ressources sont disponibles, mais les conditions pour les mobiliser pleinement – notamment en termes de nombre de prestataires – ne sont pas encore réunies.

Ces écarts illustrent l'importance d'une lecture croisée des indicateurs. Une approche territorialisée, tenant compte à la fois de la densité de prestataires, de leur taux de conventionnement et de la part de la population effectivement prise en charge, du volume de prestations rapporté à la population, et du niveau de financement régional, est indispensable pour évaluer l'équité et l'efficacité du dispositif. Celle-ci démontre que les besoins en santé mentale ne sont pas uniformes sur le territoire, et la capacité des dispositifs à y répondre varie fortement selon les contextes locaux.

4.2. Une accessibilité renforcée grâce à la diversification des modalités de soins

Une des questions centrales de cette étude portait sur la **capacité de la convention à améliorer l'accès aux soins pour les publics les plus à risque**, en particulier ceux présentant des besoins non couverts en santé mentale, c'est-à-dire les jeunes, les femmes et les personnes ayant des difficultés financières (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Les résultats montrent que certains sous-groupes historiquement sous-représentés dans les soins de santé mentale (en rapport de leurs besoins) sont désormais mieux couverts : les jeunes, les personnes BIM, les personnes en invalidité ou en incapacité de travail primaire, ainsi que les personnes détenues, présentent des taux de recours supérieurs à la moyenne.

L'analyse des lieux de soins renforce ce constat : les lieux d'accroche, tels que les maisons médicales ou les centres de planning familial, sont davantage fréquentés par les personnes en situation de précarité. Ces nouvelles modalités alternatives de prise en charge sont par ailleurs de plus en plus mobilisées, avec des soins de moins en moins cadencés au format classique des consultations en cabinet, qui permettent d'atteindre des publics éloignés des soins traditionnels et traduisent une adaptation de l'offre aux réalités de terrain, en particulier dans les zones rurales : les provinces de Namur et de Luxembourg, qui sont les plus rurales de Belgique, sont aussi celles où la part des soins prestés dans les lieux d'accroche est la plus importante.

Cette dynamique illustre, à l'instar de l'investissement renforcé dans les réseaux pour enfants, la capacité de la convention à traduire directement certaines priorités politiques dans la pratique. Le développement des lieux d'accroche et des séances de groupe, explicitement encouragé dans les orientations stratégiques, est ici effectivement mis en œuvre, ce qui contraste avec d'autres secteurs de soins où les marges de pilotage sur les pratiques des prestataires sont plus limitées.

Cependant, des inégalités subsistent. Les personnes au chômage, par exemple, présentent des taux de recours inférieurs à la moyenne, malgré des besoins potentiellement plus élevés que la moyenne. Cela suggère que des freins à l'accès persistent, qu'ils soient liés à l'offre (disponibilité, proximité), à la demande (attentes, représentations

²¹ Cette observation ne tient pas compte des effets éventuels sur l'accompagnement psychologique réalisé au sein des services de santé mentale (SSM), financés par les Communautés via des subventions, et dont les prestations ne sont pas enregistrées par les mutualités – contrairement aux consultations psychiatriques dans ces mêmes structures, qui le sont.

(Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020; Noirhomme, 2022)) ou à des facteurs structurels tels que la stigmatisation ou la méconnaissance du dispositif. Il est également important de souligner que les publics dits « sous-représentés » ne sont pas nécessairement ceux qui utilisent le moins le dispositif en valeur absolue, mais ceux dont les besoins en santé mentale sont les plus élevés et qui n’y accèdent pas encore à la hauteur de ces besoins.

Enfin, il convient de noter que les interventions communautaires ne peuvent pas être évaluées dans le cadre de cette analyse, car, par nature, elles ne donnent pas lieu à un enregistrement individuel des bénéficiaires. Cette absence de traçabilité au niveau des individus rend leur évaluation impossible avec les méthodes quantitatives utilisées ici. Néanmoins, leur développement constitue un enjeu important, et il serait nécessaire de mettre en place des outils d’évaluation qualitatifs ou mixtes pour mieux comprendre leur portée, leur accessibilité et leur impact sur les publics visés.

4.3. Un nombre de séances en baisse, mais différencié selon les besoins

Entre 2022 et 2024, le nombre moyen de séances pour les nouveaux trajets dans le cadre de la convention SPPL diminue, passant de 8,1 à 6,5 séances par patient-e. Cette baisse, observée dans la plupart des sous-groupes étudiés, pourrait refléter une rationalisation de l’offre dans un contexte de forte demande et de ressources limitées. Elle peut également s’expliquer par une évolution des pratiques vers des interventions plus brèves et ciblées, ou encore par des facteurs liés à l’adhésion des patient-es (interruption précoce, non-demande de prolongation, etc.).

Il est important de souligner que cette évolution s’inscrit dans un cadre réglementaire qui encadre le nombre de séances remboursées. Dans la convention SPPL 2024, les psychologues et orthopédagogues clinicien-nes peuvent proposer, pour les adultes (à partir de 15 ans), jusqu’à 8 séances individuelles par an dans le cadre de la fonction de soutien, et jusqu’à 20 séances par an dans le cadre de la fonction de traitement, avec une moyenne attendue de 8 séances. Pour les enfants et adolescent-es (jusqu’à 23 ans inclus), ces plafonds sont respectivement de 10 séances pour la fonction de soutien et de 20 séances pour la fonction de traitement, avec une moyenne attendue de 10 séances. Bien que le nombre de séances par trajet varie fortement en fonction des besoins et de l’adhésion des patient-es, il est donc également lié à la structuration de l’offre.

Toutefois, la baisse globale du nombre de séances ne signifie pas une homogénéisation des suivis : les données montrent que le système reste capable d’adapter l’intensité des soins en fonction des besoins spécifiques. Ainsi, le nombre de séances reste élevé pour les suivis combinés, avec une moyenne de 12,6 séances chez les personnes ayant recours à la fois à la fonction de soutien et à celle de traitement. Ces trajectoires impliquent non seulement une intensification, mais aussi une prolongation du suivi, potentiellement en réponse à des besoins plus complexes ou à une première prise en charge jugée insuffisante.

Les suivis débutant par une séance au cabinet ou à domicile sont également plus longs, ce qui pourrait refléter une meilleure continuité ou un engagement plus fort dans le parcours de soins. À l’inverse, les suivis initiés par une séance de groupe sont plus courts (4,6 séances), ce qui peut correspondre à des interventions ponctuelles ou à des besoins moins complexes.

Les résultats suggèrent que l’offre tend à s’adapter aux besoins des patient-es, en particulier là où ceux-ci sont les plus importants. Certaines différences observées selon le sexe, le statut BIM, la région ou la fonction de soins vont dans ce sens. Ainsi, la moyenne de séances est plus importante chez les enfants placés ou confiés (8,7 séances) ou les personnes en incapacité de travail (7 séances). Les femmes présentent également un nombre de séances moyen légèrement plus élevé que les hommes, qui pourrait indiquer une meilleure continuité de soins ou une adhésion plus forte au suivi thérapeutique, mais reflète également des besoins plus importants.

Chez les patient-es BIM, la moyenne est proche de celle des non-BIM, mais la distribution est plus étalée : une part plus importante bénéficie d’un suivi court, tandis que les suivis les plus longs sont aussi un peu plus fréquents. Cela traduit une plus grande hétérogénéité des trajectoires, et pourrait refléter un taux de décrochage plus élevé malgré des besoins potentiellement plus complexes. Du côté régional, Bruxelles se distingue par un nombre de séances plus élevé par patient-e. Cela pourrait refléter des pratiques organisationnelles spécifiques ou être lié à l’offre de soins, qui est plus étoffée dans la capitale. À l’inverse, certains publics vulnérables – comme les personnes au chômage, les bénéficiaires du RIS ou de la GRAPA, ou encore les personnes détenues – présentent des moyennes inférieures à la moyenne nationale. Ces écarts ne peuvent être ignorés et soulignent l’existence d’inégalités persistantes dans l’accès effectif aux soins psychologiques. Les personnes détenues, en particulier, affichent le nombre

moyen de séances le plus faible parmi l'ensemble des sous-groupes analysés, ce qui interroge sur les obstacles structurels à l'accès et à la continuité des soins dans le contexte carcéral.

Toutefois, la question demeure : cette adaptation de l'offre est-elle suffisante pour rencontrer les besoins ? Le fait que les écarts observés soient modérés pourrait aussi indiquer que l'offre ne parvient pas encore pleinement à répondre à l'ampleur des besoins, notamment dans les contextes de vulnérabilité ou de complexité accrue.

4.4. Des parcours diversifiés en santé mentale

Le recours aux soins psychiatriques ambulatoires reste relativement stable depuis plus d'une décennie, malgré une demande croissante en santé mentale. Cette stagnation peut s'expliquer par une saturation de l'offre, qui limite l'accès à ces soins spécialisés (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Dans ce contexte, la convention SPPL a été pensée, entre autres, comme un **levier pour prendre en charge les problèmes psychologiques légers à modérés**, permettant ainsi aux psychiatres de se concentrer sur les situations plus complexes.

Les données montrent que la convention SPPL ne capte pas majoritairement des patient-es déjà engagé-es dans un suivi psychiatrique : entre 2019 et 2024, 15 à 19% des patient-es entrant dans la convention avaient eu un suivi psychiatrique ambulatoire dans les deux années précédentes. Bien qu'il s'agisse de près d'un cinquième des patient-es, ce qui constitue déjà une proportion significative, ce chiffre suggère que le dispositif s'adresse en grande partie à un autre public, notamment à celles et ceux qui n'avaient pas encore accès aux soins. En simplifiant les conditions d'accès et en diversifiant les modalités de prise en charge, la convention permet ainsi d'élargir l'accès aux soins, et ce de façon croissante : en 2024, 57% des patient-es entrant dans le dispositif n'avaient reçu aucun soin de santé mentale enregistré dans les deux années précédentes, alors que ce n'était que le cas de 38% en 2019.

Certains sous-groupes, comme les personnes BIM et celles en invalidité, présentent des profils de recours aux soins marqués par une plus grande utilisation des soins psychiatriques et des traitements médicamenteux avant l'entrée dans la convention, et un moindre recours aux soins psychologiques non conventionnés. Ces différences peuvent s'expliquer par des besoins en santé mentale plus

élevés, mais aussi par une meilleure accessibilité financière des soins psychiatriques et des médicaments remboursés, comparativement aux soins psychologiques non conventionnés, souvent moins abordables pour des personnes disposant de ressources limitées.

La lecture globale des données montre une baisse du recours aux autres soins de santé mentale après l'entrée dans la convention, notamment aux soins psychiatriques ambulatoires, et que seul un quart des patient-es continuent à avoir des soins conventionnés au-delà d'un an. Toutefois, il est important de souligner que ces données sont globales et ne permettent pas d'évaluer directement l'évolution de l'état de santé mentale des personnes et si les patient-es modifient réellement leur comportement de recours aux soins. Il peut s'agir de patient-es différent-es à chaque étape : certain-es ayant vu leur état s'améliorer et n'ayant plus besoin de soins, d'autres ayant décroché ou s'étant tourné-es vers d'autres formes de soutien non enregistrées.

Pour savoir si certain-es arrêtent un suivi existant, ou au contraire, si d'autres en initient un nouveau, une analyse des **trajectoires individuelles** a été menée afin d'examiner plus finement les enchaînements de soins avant, pendant et après le trajet SPPL. Cette analyse révèle qu'une majorité de patient-es bénéficient d'un suivi limité dans le cadre de la convention, sans recours à d'autres soins en parallèle ou ultérieurement – ce qui pourrait refléter une amélioration de leur état de santé ou une réponse suffisante à leurs besoins.

Certain-es patient-es, en revanche, initient un suivi avec un-e psychiatre ou un traitement antidépresseur pendant ou après le trajet, ce qui suggère un effet de **déclenchement** ou de **détection de besoins** jusque-là non pris en charge. D'autres poursuivent un traitement ou un suivi déjà en cours, témoignant d'une certaine continuité. Pour les patient-es ayant interrompu à la fois le traitement antidépresseur ou le suivi du-de la psychiatre et les SPPL après un an, il n'est pas possible, en l'absence de données qualitatives, de déterminer si cette absence de recours traduit une amélioration de l'état de santé ou, au contraire, un désengagement des soins. Une interprétation en termes de rétablissement reste donc hypothétique, bien qu'elle ne puisse être exclue. Dans certains cas, on observe également un **transfert entre types de soins**, par exemple d'un suivi psychiatrique vers un accompagnement psychologique dans le cadre de la convention. La convention contribue ainsi à un rééquilibrage des prises en charge vers des formes de soins plus légères et potentiellement plus accessibles.

Ces différentes configurations (maintien, arrêt ou déclenchement de soins plus lourds) montrent que la convention s'inscrit dans des dynamiques de soins multiples, sans se substituer systématiquement aux soins psychiatriques. Elle peut être un point d'entrée, un relais, ou un complément dans des parcours plus complexes. Cette diversité souligne l'**importance d'un dispositif souple**, capable de s'adapter à des besoins évolutifs.

Elle met également en lumière la nécessité de poursuivre l'évaluation de la réforme et l'analyse du recours aux soins sur le long terme. Une **observation prolongée** permettrait de mieux évaluer l'évolution de l'état de santé des patient-es, la durabilité des effets observés, ainsi que l'impact réel de la convention sur les parcours de soins. Cela suppose aussi de croiser les données quantitatives avec des approches qualitatives, afin de mieux comprendre les logiques individuelles de recours, d'interruption ou de transfert de soins.

5. Recommandations

5.1. Renforcer l'équité territoriale dans l'offre de soins

Pour garantir un accès équitable aux soins psychologiques sur l'ensemble du territoire, il est essentiel d'adapter l'organisation de l'offre aux réalités locales. Cela implique plusieurs leviers d'action.

Affiner la planification territoriale existante : Bien que l'offre soit déjà structurée en fonction des besoins locaux, il est nécessaire de renforcer cette approche en intégrant de manière plus systématique des indicateurs dynamiques tels que le niveau de détresse psychologique mesurée ou les besoins de soins exprimés, la densité de population et les taux de recours aux soins pour ajuster l'offre de prestataires conventionné-es par territoire.

Soutenir le conventionnement dans les territoires sous-dotés : Dans certaines provinces (comme le Hainaut ou Liège), le taux de conventionnement des psychologues et orthopédagogues reste faible malgré des besoins importants en santé mentale dans la population. Cette situation, qui peut être liée à la dynamique même de chaque réseau, met en évidence la nécessité de lever les freins qui limitent l'engagement des professionnel·les dans ces

territoires. Un accompagnement administratif renforcé peut jouer un rôle clé, en simplifiant les démarches de conventionnement et en soutenant les prestataires dans la gestion quotidienne de leur activité. Des solutions logistiques adaptées – comme la mise à disposition de locaux ou la mutualisation de certaines ressources (secrétariat, outils numériques) – peuvent également faciliter l'ancrage local. Enfin, il est important de valoriser l'engagement dans ces territoires sous-dotés, en reconnaissant la complexité du travail réalisé et en créant des conditions de travail attractives.

5.2. Consolider et étendre le modèle de la convention SPPL

La convention SPPL marque une évolution dans la manière de penser le conventionnement : non plus comme une simple régulation de l'offre, mais comme un levier pour répondre aux besoins de santé de la population. Il serait ainsi possible d'analyser dans quelle mesure **cette logique pourrait inspirer d'autres disciplines** confrontées à un taux élevé de déconventionnement ou à une répartition inégale sur le territoire. Il s'agirait alors de repenser les mécanismes de conventionnement autour de plusieurs principes clés : une territorialisation fine de l'offre, une sélection de prestataires volontaires et engagé-es, un soutien structurel renforcé (formation, supervision, coordination), et une gouvernance locale plus participative. Dans certains cas spécifiques, ce modèle pourrait contribuer à garantir une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins des populations.

Cette logique présente d'ailleurs des similitudes avec la démarche initiée par la **Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS)**, qui vise à questionner la performance de notre système de soins de santé et à réorienter les politiques publiques pour qu'elles contribuent effectivement à l'amélioration de l'état de santé de la population. Pour ce faire, la Commission fixe des objectifs fondés sur des constats documentés relatifs au manque de performance du système. Elle s'appuie sur des indicateurs permettant d'objectiver les besoins, d'estimer les gains à engendrer, d'identifier les domaines où des manquements persistent, et de soutenir des décisions éclairées en matière d'organisation des soins. Le service d'études de la MC a récemment publié une étude qui approfondit cette approche (Cès & Noirhomme, 2025). Cette convergence de démarches renforce la légitimité d'un conventionnement basé sur les besoins de la population, tel que celui expérimenté dans le cadre des SPPL.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de consolider les moyens alloués à ce dispositif afin de garantir sa pérennité et son développement. Bien que la convention ait permis des avancées notables, le budget reste insuffisant au regard des besoins. Aujourd’hui, seuls 4% de la population ont eu recours à ces soins, alors qu’environ un quart de la population perçoit un besoin d’aide psychologique (Duveau & Hermans, 2025). Il est donc **essentiel de poursuivre les investissements et d’élargir le budget** afin de garantir un accès effectif aux soins psychologiques pour l’ensemble de la population. La convention a permis une évolution des pratiques et une présence accrue des prestataires dans des lieux d’accroche auparavant peu investis : cette dynamique doit être consolidée pour répondre à l’ampleur des besoins.

5.3. Renforcer l’accessibilité pour les publics vulnérables

Certains sous-groupes présentent des **besoins particulièrement élevés en santé mentale, dépendants de différents facteurs sociaux et économiques**, notamment les jeunes, les femmes, les personnes en situation de pauvreté, les personnes au chômage et celles en incapacité de travail (Duveau & Hermans, 2025) ainsi que les personnes détenues (Unia & Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP), 2025). Bien que les données montrent une amélioration du taux de recours pour certains de ces publics, des besoins non rencontrés persistent, ce qui justifie de poursuivre et d’intensifier les efforts pour garantir un accès équitable et effectif aux soins. Dans cette perspective, plusieurs stratégies peuvent être adoptées.

Renforcer l’impact des interventions dans les lieux d’accroche : Les lieux d’accroche, tels que les écoles, les maisons médicales ou les centres de planning familial, sont une porte d’entrée pour les publics les plus éloignés du système de soins (BIM, bénéficiaires du RIS, jeunes, etc.). Il est nécessaire d’augmenter le volume horaire des psychologues dans ces structures, de garantir leur présence régulière et identifiable, et de favoriser des formats d’intervention souples, comme les permanences sans rendez-vous ou les consultations mobiles. Une meilleure coordination avec les professionnel·les de première ligne présent·es dans ces lieux permettrait également d’assurer une orientation plus fluide et une continuité des soins plus efficace.

Améliorer la visibilité des SPPL et lever les freins structurels à l’accès : Il convient de développer des actions de sensibilisation auprès des professionnel·les de première ligne (médecins généralistes, travailleur·euses sociaux·les, enseignant·es, etc.), afin de mieux les informer sur les déterminants sociaux de la santé mentale et les facteurs de risque. Cela permettrait de favoriser l’orientation vers les soins des personnes les plus à risque, encore trop souvent éloignées du dispositif de la convention. L’objectif est ainsi d’être en capacité de mieux informer les publics concernés, en particulier celles et ceux qui méconnaissent leurs droits ou qui sont freiné·es par des représentations négatives de la santé mentale. En parallèle, des mesures concrètes doivent être mises en place pour lever les freins structurels à l’accès : simplifier les démarches administratives pour recevoir les soins dans le cadre de la convention SPPL, proposer des supports d’information multilingues et adaptés aux différents niveaux de littératie de la population, former les intervenant·es à l’accueil de publics stigmatisés ou en situation de grande précarité, et adapter l’offre de soins aux contraintes spécifiques de certains publics (horaires élargis, lieux accessibles, prise en compte des réalités culturelles). L’idée est ainsi de rendre le dispositif plus lisible, plus accessible et véritablement inclusif.

5.4. Adapter le nombre de séances aux besoins individuels

Le cadre actuel de la convention repose sur des plafonds de séances et des moyennes attendues qui jouent un rôle important dans la structuration de l’offre. Cette régulation permet de répondre à une forte demande tout en assurant une certaine équité dans l’accès aux soins. La baisse du nombre moyen de séances par patient·e, passée de 8 à 6 entre 2022 et 2024, soulève toutefois la question de l’adéquation de l’offre aux besoins réels.

Il est essentiel que le cadre actuel de la convention SPPL reste suffisamment souple pour permettre une adaptation aux situations plus complexes. Les données montrent que le système est capable de moduler l’intensité des soins lorsque cela est nécessaire, notamment à travers les suivis combinés (fonction de soutien et de traitement) ou pour certains publics (les enfants placés/confiés ou les personnes en incapacité par exemple). Il est donc important de réserver cette capacité d’ajustement, en maintenant la possibilité de prolonger les suivis au-delà des plafonds standards lorsque les besoins cliniques le justifient.

Enfin, pour garantir une réponse réellement adaptée, il serait utile d'**analyser plus systématiquement les causes de l'interruption précoce des suivis**. Cela permettrait de mieux comprendre les freins à la continuité des soins, qu'ils soient liés à l'adhésion, à l'organisation de l'offre ou à des facteurs structurels, et d'identifier les leviers d'amélioration. Dans cette perspective, **certaines pistes mériteraient d'être approfondies dans de futures études** : par exemple, les jeunes en rupture ou les personnes migrantes présentent potentiellement des besoins importants mais peu documentés dans les données actuelles. Des enquêtes qualitatives ou mixtes pourraient permettre de mieux comprendre leurs trajectoires et les obstacles spécifiques à leur accès aux soins. Par ailleurs, la mise en place d'études longitudinales permettrait de documenter les parcours de soins sur plusieurs années, afin de mieux évaluer les effets à moyen terme de la convention, qu'il s'agisse d'amélioration ou de stabilisation de l'état de santé mentale, de réorientation ou de sortie du dispositif.

Conclusion

Cette étude dresse un bilan approfondi de la mise en œuvre de la convention SPPL en Belgique entre 2019 et 2024, à partir des données de la MC pondérées et extrapolées à l'échelle nationale. Elle permet de répondre aux principales questions soulevées lors de la première évaluation du dispositif en 2023, en apportant des éléments concrets sur son déploiement, son accessibilité, son impact sur les trajectoires de soins et sa capacité à répondre aux besoins de la population.

Les résultats montrent que la convention s'est progressivement ancrée dans le paysage des soins de santé mentale belge, avec une croissance rapide du nombre de prestataires conventionnés et de patient-es pris-es en charge. Le recours au dispositif s'est élargi à des publics jusque-là moins bien couverts, notamment les jeunes, les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale. La diversification des modalités de soins – lieux d'accroche, séances de groupe, interventions à domicile ou à distance – a contribué à améliorer le recours, en particulier pour les publics éloignés des soins traditionnels.

L'étude met également en évidence une transformation des trajectoires de soins : une part croissante de patient-es accède à la convention sans antécédents de soins en santé mentale, ce qui suggère un rôle de porte d'entrée vers une prise en charge plus précoce. Toutefois, des défis importants subsistent. Les disparités territoriales en matière d'offre, de taux de conventionnement et de recours restent marquées. La baisse du nombre moyen de séances soulève également des questions sur la capacité du dispositif à répondre durablement aux besoins les plus complexes.

Enfin, il convient de souligner que la mise en œuvre de la convention – et donc la qualité des soins effectivement délivrés – dépend fortement des dynamiques propres à chaque réseau. Cette dimension, essentielle pour comprendre les écarts de fonctionnement et d'impact, dépasse le cadre de cette étude quantitative. Elle nécessiterait une approche complémentaire, de type qualitatif, centrée sur les pratiques de terrain et les logiques organisationnelles. Par ailleurs, des enjeux majeurs tels que la saturation de l'offre et les listes d'attente n'ont pas pu être abordés dans cette analyse, les données d'utilisation des soins ne permettant pas d'analyser les situations de non-recours. Une enquête spécifique serait nécessaire pour explorer ces angles morts, afin de mieux cerner les limites du dispositif en matière de disponibilité des soins.

En somme, la convention SPPL a permis des avancées notables en matière d'accès aux soins psychologiques, mais son développement futur devra s'appuyer sur une planification plus fine, une attention renforcée aux inégalités territoriales et sociales, et une évaluation continue de l'adéquation entre l'offre, les besoins et les trajectoires de soins, en tenant compte des spécificités locales et des dynamiques propres à chaque territoire. L'amélioration de l'accessibilité passe en effet par une approche globale, combinant diversification de l'offre, ancrage local, sensibilisation des acteurs et actrices de terrain et lutte contre les inégalités structurelles, en reconnaissant que l'accessibilité est un problème complexe et multifactoriel (Cès, 2021). Ces efforts sont indispensables pour garantir que les soins de santé mentale soient réellement accessibles à toutes et tous, en particulier à celles et ceux qui en ont le plus besoin.

Bibliographie

- Agence Intermutualiste. (2025). *Atlas AIM – Base de données interactive*. Récupéré sur <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/>
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé. *Santé & Société*, 14, 30-57.
- Collège Intermutualiste National. (2025). *Dashboard MHC*. Récupéré sur <https://fra.mycarenet.be/services-generaux/mental-health/dashboard-mhc>
- Duveau, C., & Hermans, L. (2025). *Mental health trends in Belgium: Results from the BELHEALTH cohort 2022 to 2024*. Brussels: Scien-sano.
- INAMI. (2024a). *Dispenser des soins psychologiques de première ligne via un réseau de santé mentale*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/psychologues-cliniciens/dispenser-des-soins-psychologiques-de-premiere-ligne-via-un-reseau-de-sante-mentale>
- INAMI. (2024b). *Vos soins psychologiques de 1re ligne : remboursés via les réseaux de santé mentale*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>
- INAMI. (2024c). *Convention entre le Comité de l'assurance des Soins de Santé de l'INAMI et le réseau de santé mentale XXX concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par les réseaux de santé mentale*. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_riziv_reseau_sante_mentale.pdf
- Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M., Roberfroid, D., San Miguel, L., & Vinck, I. (2017). *Soins de santé dans les prisons belges*. KCE Reports 293B.
- Noirhomme, C. (2022). Le suivi psychologique : Accessible en Belgique ? Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC. *Santé & Société*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). La convention « soins psychologiques » dans le paysage des soins de santé mentale. État des lieux de l'utilisation des soins de santé mentale remboursés et des besoins rencontrés et nonrencontrés en Belgique. *Santé & Société*, 7, 4-39.
- Prison Insider. (2024). *Belgique, Populations spécifiques*. Récupéré sur <https://www.prison-insider.com/fichepays/belgique-2024>
- SPF Santé publique. (2025). *HWF STATAN 2024 (statistiques détaillées)*. Récupéré sur: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2024-statistiques-detaillees>
- Unia & Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP). (2025). *La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse*.
- Verniest, R., Luypaert, C., & Bracke, P. (2020). Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide. *MC-Informations*, 280, 19-31.

Annexe 1 : Répartition provinciale des prestataires, des patient-es et des prestations dans le cadre de la convention SPPL, selon le nombre de professionnel-les conventionné-es, leur taux de couverture, l'intensité du recours aux soins, le pourcentage du budget de base utilisé en 2024 et la prévalence estimée de la détresse psychologique (Sources : Données MC pondérées et extrapolées, SPF Santé publique, Atlas AIM, Sciensano 2018, Dashboard MHC)

	Nombre de prestataires actifs dans les conventions SPPL en décembre 2024	% de prestataires actifs par rapport aux psychologues et orthopédagogues en droit d'exercer*	Nombre de prestataires SPPL par 100.000 habitant-es**	% de la population plus de 15 ans en détresse psychologique***	Nombre de patient-es (extrapolation données MC)	% de patient-es au sein de la population	Nombre de prestations (extrapolation données MC)	Nombre de prestations par prestataire SPPL	Nombre de prestations par 100 habitant-es	% du budget de base de soins utilisé
Anvers	1.180	35%	62	31%	42.302	2,2%	250.865	213	13	101%
Brabant flamand	909	30%	77	27%	30.843	2,6%	187.630	206	16	102%
Flandre occidentale	848	43%	69	27%	27.801	2,3%	157.082	185	13	113%
Flandre orientale	909	23%	58	32%	47.374	3,0%	242.923	267	15	97%
Limbourg	503	32%	57	30%	22.219	2,6%	131.167	261	15	101%
Bruxelles	900	40%	79	39%	33.180	3,0%	203.599	226	18	102%
Brabant wallon	284	25%	70	36%	8.704	2,1%	56.108	198	14	110%
Hainaut	451	29%	34	38%	26.017	2,0%	148.418	329	11	83%
Liège	611	35%	56	38%	26.377	2,4%	152.543	250	14	96%
Luxembourg	142	47%	62	29%	4.870	2,1%	28.653	202	13	76%
Namur	315	37%	62	36%	13.129	2,6%	76.609	243	15	107%
Belgique	6.123	28%	53	33%	282.937	2,5%	1.636.298	267	14	100%

*Dénominateur : nombre de psychologues et d'orthopédagogues en droit d'exercer au 31/12/2024 par province (SPF Santé publique, 2025)

**Dénominateur : population par province en 2023, Atlas AIM (Agence Intermunicipale, 2025)

*** (GHQ score 2+), Sciensano 2018

Annexe 3 : Nombre et pourcentage de personnes dans la population belge à avoir recours à la convention SPPL selon les caractéristiques socio-démographiques (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Cumulatif	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%**
Population belge	6.387	0,1%	20.675	0,2%	42.323	0,4%	113.578	1,0%	226.194	2,0%	282.937	2,5%	466.082	4,1%
Âge														
0-19	158	0,0%	1.890	0,1%	5.967	0,2%	24.781	1,0%	61.622	2,4%	83.384	3,3%	130.126	5,2%
20-29	1.290	0,1%	4.218	0,3%	8.372	0,6%	21.635	1,6%	40.555	3,0%	49.026	3,7%	85.999	6,4%
30-44	2.652	0,1%	7.319	0,3%	13.827	0,6%	34.378	1,6%	62.881	2,8%	75.075	3,4%	126.484	5,7%
45-64	2.240	0,1%	6.282	0,2%	11.791	0,4%	26.906	0,9%	48.921	1,7%	59.736	2,0%	98.438	3,3%
65-79	46	0,0%	827	0,1%	2.058	0,1%	4.851	0,3%	9.635	0,6%	12.301	0,7%	19.581	1,2%
80+	2	0,0%	139	0,0%	309	0,0%	1.027	0,2%	2.580	0,4%	3.415	0,5%	5.454	0,8%
Statut														
Non-BIM	4.697	0,1%	15.353	0,2%	31.682	0,4%	85.109	0,9%	168.187	1,9%	210.072	2,3%	357.809	3,9%
BIM	1.690	0,1%	5.322	0,3%	10.641	0,5%	28.469	1,3%	58.006	2,5%	72.865	3,1%	108.273	4,6%
Sexe														
Femmes	4.313	0,1%	14.096	0,3%	28.644	0,5%	74.946	1,3%	147.023	2,5%	183.925	3,2%	299.152	5,1%
Hommes	2.074	0,0%	6.579	0,1%	13.679	0,3%	38.632	0,7%	79.171	1,4%	99.011	1,8%	166.719	3,0%
Région														
Flandre	2.924	0,0%	9.190	0,1%	17.941	0,3%	65.809	1,0%	136.718	2,0%	170.539	2,5%	270.938	4,0%
Wallonie	2.864	0,1%	9.598	0,3%	20.477	0,6%	36.736	1,0%	65.593	1,8%	79.098	2,2%	142.877	4,0%
Bruxelles	594	0,1%	1.881	0,2%	3.892	0,4%	10.995	1,0%	23.778	2,1%	33.180	3,0%	52.046	4,6%
Statut socio-professionnel														
Employés	2.453	0,1%	7.259	0,3%	14.308	0,7%	34.986	1,6%	64.277	2,9%	77.467	3,5%	130.318	
Fonctionnaires	388	0,1%	1.177	0,3%	2.158	0,5%	5.747	1,3%	10.538	2,5%	13.412	3,0%	21.668	
Indépendant-es	263	0,0%	772	0,1%	1.396	0,2%	4.707	0,7%	8.856	1,3%	10.959	1,6%	18.014	
Ouvrier-es	2.173	0,1%	5.986	0,3%	10.733	0,6%	23.373	1,2%	41.762	2,1%	48.891	2,5%	86.600	
Enfants placés/confiés	10	0,1%	21	0,1%	69	0,4%	317	1,7%	767	3,7%	1.072	5,1%	1.638	
Femmes détenues									28	5,6%	59	11,9%	63	
Hommes détenus									287	2,7%	441	3,7%	562	
Catégories spécifiques														
Personnes au chômage	1.190	0,1%	5.188	0,3%	7.532	0,6%	12.801	1,3%	18.441	2,3%	21.302	2,8%	45.371	
Personnes en incapacité de travail primaire	1.858	0,4%	5.379	1,1%	9.639	2,0%	20.113	4,0%	31.305	6,7%	36.402	7,4%	73.991	
Personnes en invalidité	967	0,2%	3.167	0,7%	5.900	1,3%	14.471	3,0%	27.413	5,5%	34.389	6,7%	44.538	
Bénéficiaires RIS/GRAPA	288	0,1%	1.046	0,3%	2.154	0,6%	4.941	1,4%	10.152	2,8%	10.339	4,1%	19.367	

*Si suivi au cours de plusieurs années, les caractéristiques socio-démographiques conservées sont les plus récentes

**Dénominateur : population belge 2023

Annexe 4 : Lieu des séances selon les caractéristiques socio-démographiques des patientes
(Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

	Selon le lieu							Selon le lieu (plusieurs lieux possibles)				
	Consulta- tion en cabinet unique- ment	Consulta- tion en lieu d'accroche uniquement	Séance de groupe unique- ment	Consulta- tion à domicile unique- ment	Consulta- tion à dis- tance uni- quement	Plusieurs lieux	Autre	Consulta- tion en cabinet	Consulta- tion en lieu d'accroche	Séance de groupe	Consulta- tion à domicile	Consulta- tion à distance
Âge												
	51%	14%	9%	1%	0%	23%	2%	71%	32%	14%	4%	6%
	56%	19%	3%	1%	1%	19%	2%	74%	36%	5%	3%	10%
	54%	19%	4%	1%	1%	19%	2%	72%	35%	8%	3%	8%
	50%	20%	6%	1%	1%	21%	2%	69%	36%	10%	4%	7%
	39%	23%	8%	6%	0%	22%	2%	58%	40%	12%	12%	4%
	17%	25%	9%	22%	0%	26%	2%	58%	40%	13%	37%	2%
Statut												
	54%	17%	6%	1%	1%	20%	2%	72%	32%	10%	3%	6%
	44%	22%	5%	3%	1%	24%	2%	65%	41%	9%	7%	9%
Sexe												
	51%	18%	6%	1%	1%	21%	2%	70%	35%	10%	4%	8%
	52%	18%	6%	1%	1%	20%	2%	71%	35%	9%	4%	6%
Région												
	51%	19%	5%	1%	1%	21%	2%	70%	36%	10%	4%	6%
	53%	15%	7%	2%	1%	19%	2%	71%	30%	10%	6%	8%
	51%	19%	5%	1%	1%	22%	2%	71%	39%	9%	3%	10%
Statut so- cio-profes- sionnel												
	55%	17%	4%	1%	1%	20%	2%	73%	33%	9%	3%	8%
	56%	16%	5%	1%	1%	20%	2%	74%	31%	10%	2%	5%
	59%	16%	4%	1%	1%	18%	2%	75%	30%	8%	2%	7%
	51%	23%	3%	1%	1%	21%	2%	69%	39%	6%	4%	7%
	50%	17%	4%	3%	0%	23%	2%	71%	35%	8%	9%	7%
Catégories spécifiques												
	51%	22%	3%	1%	1%	20%	2%	70%	39%	6%	3%	8%
	51%	21%	4%	1%	1%	22%	1%	71%	38%	9%	3%	7%
	48%	19%	4%	2%	1%	24%	2%	70%	38%	10%	5%	10%
	43%	28%	3%	1%	1%	22%	2%	64%	47%	6%	4%	12%

Annexe 5 : Nombre de séances par patient-e en moyenne sur 12 mois, pour les trajets entamés en 2022, 2023 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

		2022	2023	2024
Population belge		8,1	7,4	6,5
Âge	0-19	8,5	7,7	6,5
	20-29	7,8	7,1	6,6
	30-44	8,0	7,2	6,5
	45-64	8,1	7,4	6,5
	65-79	7,4	6,5	5,7
	80+	6,6	6,0	5,5
Statut	Non-BIM	8,0	7,4	6,5
	BIM	8,3	7,3	6,4
Sexe	Femmes	8,3	7,6	6,7
	Hommes	7,6	6,9	6,1
Région	Flandre	7,9	7,3	6,4
	Wallonie	8,3	7,5	6,3
	Bruxelles	8,1	7,4	7,0
Statut socio-professionnel	Employé-es	8,4	7,6	6,8
	Fonctionnaires	8,2	7,7	6,7
	Indépendant-es	7,8	6,9	5,9
	Ouvrier-es	7,4	6,8	6,0
Catégories spécifiques	Enfants placés/confiés	11,5	7,7	8,7
	Détenu-es	pas d'obs.	7,1	3,9
	Personnes au chômage	7,3	6,8	5,8
	Personnes en incapacité de travail primaire	8,4	7,8	7,0
	Personnes en invalidité	9,0	7,9	7,0
	RIS/GRAPA	7,2	6,3	5,8
Type de réseau	Adultes	7,9	7,2	6,4
	Enfants et adolescent-es	8,6	7,8	6,6
Première séance du trajet	Séance au cabinet	8,1	7,5	6,7
	Séance de groupe	6,3	5,4	4,6
	Séance lieu accroche	6,9	6,9	5,7
	Séance à distance	9,8	7,2	5,6
	Séance à domicile	8,7	8,0	6,5
Fonctions	Soutien	4,9	4,7	4,2
	Traitement	10,3	8,3	6,9
	Les deux fonctions	14,2	13,7	12,6

Approche sociologique du burn-out

Résumé du livre « *De Burn-outparadox* »

Mattias Van Hulle — Service d'études CM-MC

Résumé

Avec *De Burn-outparadox*, nous plongeons dans l'histoire fascinante et parfois étonnante du phénomène du burn-out. Loin de prétendre à apporter une réponse à la question de savoir ce qu'est exactement le burn-out d'un point de vue clinique ou de prendre une position dans les débats qui l'entourent, l'objectif de ce livre est de mieux cerner les contours de ces débats. *De Burn-outparadox* offre un regard sociologique sur un phénomène qui s'avère bien *connu* mais mal *compris*. Le prisme des sciences sociales nous permet d'établir que la maladie n'est pas seulement une affaire individuelle, mais qu'elle est surtout profondément enracinée dans les structures sociétales et les attentes culturelles. En même temps, la médicalisation du burn-out, traité comme une maladie purement individuelle, signifie que ces causes sociétales plus larges sont souvent négligées. Cela conduit à des solutions qui ne sont pas toujours utiles, et qui comportent même parfois un certain danger. *De Burn-outparadox* montre que la façon dont nous pensons et parlons du burn-out est fortement influencée par la pensée du moment et les normes sociales en vigueur. Considérer le burn-out comme un phénomène sociologique nous permet non seulement de mieux comprendre comment les déterminations culturelles contribuent aux plaintes en matière de santé mentale, mais aussi comment on cherche à comprendre ces plaintes.

Mots-clés : burn-out, société, santé mentale, histoire, lu pour vous

Introduction

Quel est exactement ce « paradoxe » dont le livre tire son nom ? Il consiste dans le fait que le burn-out semble être aujourd'hui à la fois omniprésent et relativement insaisissable. D'un côté, le burn-out se présente en effet comme un problème largement répandu. « Largement répandu » parce qu'il semble pouvoir toucher tout le monde, mais aussi « problématique » en raison des problèmes de santé mentale associés à ce terme. Il n'est pas rare de lire des articles sur la « pandémie de burn-out » qui sévit dans notre société ou encore sur un « malaise sociétal » que certains pourraient qualifier de « maladie de notre temps ». Un test rapide montre que si on cherche dans les magasins en ligne des produits en lien avec le mot-clé « burn-out », on a facilement plus de 10.000 résultats. Parmi ces résultats, une place importante est occupée par la littérature de développement personnel, un genre qui dispose désormais d'une section distincte dans les librairies et les bibliothèques, et qui s'est accaparée ce thème depuis un certain temps. Les médias grand public, les sites web consacrés à la santé et autres plateformes de communication en ligne en font également largement état. Bref, le burn-out fait l'objet de discussions, de débats et de controverses. On écrit, on publie et on fait des reportages sur le burn-out dans des livres, des magazines, des revues universitaires et des journaux grand public. Le burn-out est même inscrit dans les textes juridiques politiques et les polices d'assurance. En d'autres termes, ce mot fait partie de notre conscience collective depuis bien longtemps. En outre, il ne s'agit pas seulement d'un concept bien établi en tant que tel, mais surtout d'une étiquette communément acceptée par laquelle les gens expriment des expériences très réelles et personnelles.

D'un autre côté, nous ne pouvons pas éviter un certain nombre de problèmes de nature ontologique et épistémologique en parlant du burn-out. Nous ne savons pas très bien ce qu'est exactement le burn-out, ni comment le diagnostiquer ou l'étudier précisément. Une récente étude de revue systématique a ainsi conclu qu'il existe actuellement 142 définitions du burn-out en usage, et qu'en fonction des critères ou des échelles de mesure utilisés, les taux de prévalence peuvent parfois atteindre jusqu'à 80,5% (Rotenstein, Torre, Ramos, & et al., 2018). Un rapport de 2017 du Conseil Supérieur de la Santé indique également que le burn-out est un sujet très actuel, faisant l'objet de nombreuses publications et rapports. Toutefois, il souligne un problème majeur : le burn-out est une notion floue, aux contours mal définis. Le rapport cite des définitions

qui font référence à des concepts tels que le stress et les facteurs de stress, alors que d'autres définitions n'en font pas mention. Certaines descriptions mettent l'accent sur l'épuisement et la fatigue, tandis que d'autres n'évoquent même pas ces termes. Selon une définition, les symptômes doivent être présents depuis six mois pour que l'on puisse parler de burn-out. Ailleurs, on parle de deux semaines. Et d'autres descriptions ne mentionnent même pas la durée des plaintes (Hoge Gezondheidsraad, 2017).

Même l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne semble pas pouvoir donner des informations précises. En 2019, cette organisation phare en matière de santé a ajouté le burn-out à la *Classification Internationale des Maladies* (CIM), une liste internationale de maladies compilée par l'organisation elle-même. De nombreux médias réputés ont vu dans cet ajout la confirmation formelle qu'ils pouvaient officiellement considérer le burn-out comme une maladie. Toutefois, Christian Lindmeier, porte-parole de l'OMS, s'est empressé d'affirmer qu'il s'agissait d'un malentendu. En effet, selon lui, le burn-out ne peut être considéré comme une pathologie à part entière, mais simplement comme un « phénomène lié au travail ». Richard Summers, président de l'*American Psychiatric Association* (APA), a également souligné que l'inclusion du burn-out dans la CIM ne devait pas être mal comprise. Le burn-out n'est « pas un diagnostic médical », a-t-il déclaré, « ni une maladie en soi ». Il s'agit d'un problème répandu et réel, mais il ne peut être abordé que comme « une expérience subjective », a déclaré Summers dans une réponse à la presse (Brooks, 2019, notre traduction). Cette anecdote illustre l'ambiguïté du terme « burn-out », même pour une organisation dont l'existence entière est axée sur la clarification des notions de maladie et de santé.

Ainsi se dessine l'apparent paradoxe : le burn-out est omniprésent et en même temps vague et insaisissable. Reste la question de savoir pourquoi il en est ainsi. Et surtout, que faire avec ? Comment pouvons-nous donc *appréhender* le burn-out ? Ceux et celles qui veulent comprendre le « pourquoi » de la situation présente feraient bien d'en reconstruire l'histoire. Au lieu de considérer le phénomène du burn-out comme une simple *donnée*, la question de départ du livre est : d'où vient en fait le burn-out ? Quel contexte a donné lieu à sa création ? Ce thème est abordé en utilisant ce que le philosophe Friedrich Nietzsche appelait la « méthode généalogique », en recherchant le passé oublié d'un phénomène apparemment moderne. Il s'agit d'aller au-delà des illustres récits de création ou de découverte, en interprétant les origines et l'évolution du burn-out par rapport à certains développements historiques cruciaux.

1. La (pré)histoire du burn-out

Avant d'aborder l'histoire du burn-out, plongeons-nous dans sa préhistoire. En effet, le burn-out a des précurseurs conceptuels qui ressemblent beaucoup au burn-out en termes de symptômes et de causes évoquées. L'un d'entre eux est la neurasthénie, décrite dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle aux États-Unis comme un état de fatigue mentale et émotionnelle. La description suivante date de 1881 : « épuisement dû à des efforts inhabituels et exceptionnels. Pour les surmonter, [...] les réserves sont sollicitées et l'individu est fatigué. La raison principale de ce développement et de l'augmentation très rapide de la nervosité est la société moderne » (Beard, 1881, p.11-12, notre traduction).

La neurasthénie se caractérise principalement par un épuisement majeur, une faiblesse, une léthargie et une incapacité à se reposer. Pour les médecins, il s'agissait clairement d'une conséquence de l'urbanisation et du rythme de vie accéléré qui allait de pair avec la révolution industrielle. Ce lien avec la modernité était même indispensable pour que les médecins puissent légitimer l'usage du terme de neurasthénie. Celle-ci a été explicitement qualifiée de maladie de civilisation, au point de recevoir le surnom de « maladie de la modernité ». Cette modernité, selon les experts, se manifestait par des éléments spécifiques, dont « le perfectionnement des horloges et l'invention des montres, qui nous exhortent sans arrêt à être exactement à l'heure » (Beard, 1881, p.103, notre traduction). La succession effrénée de nouvelles inventions technologiques aurait engendré, selon cette interprétation, une précipitation généralisée et un épuisement au sein de la société.

Cela constitue une analogie frappante avec à la manière dont le burn-out est souvent décrit aujourd'hui. Pourtant, l'histoire semble davantage rimer que simplement se répéter. En effet, il existe une différence conceptuelle marquante. Inspirés par les domaines scientifiques de la thermodynamique et de la physique, en pleine évolution et très populaires à l'époque - les historien·nes décrivent même cette période comme caractérisée par un « fétichisme de la Force » (De Bont, 2002) - les médecins considéraient les victimes de neurasthénie comme des « batteries électriques dont les réserves ont été épuisées par un effort exceptionnellement grand » (Beard, 1869, p.35, notre traduction). Des termes tels que « moteur épuisé », « machine sensible » et système dont « l'énergie nerveuse est épuisée » reviennent fréquemment. Autrement dit, tenter de comprendre l'épuisement humain n'échappe pas aux mentalités dominantes de l'époque. L'histoire de la neu-

rasthénie nous apprend que l'épuisement humain dû à des facteurs externes est en quelque sorte *intemporel*. Cependant la manière spécifique dont une telle expérience est comprise, décrite et exprimée à travers un concept opératoire est profondément *liée à son époque*.

2. La genèse : de l'expression à la compréhension

L'histoire du burn-out tel que nous le connaissons aujourd'hui commence en 1974, lorsqu'il reçoit sa première description formelle dans l'article scientifique *Staff Burn-Out*. L'auteur de cette publication est le psychiatre états-unien Herbert Freudenberger, qui dirige ce que l'on appelle une *free clinic*, un établissement de soins de santé qui offre des services gratuits ou peu coûteux aux personnes ayant des besoins sociaux et financiers. Freudenberger note que beaucoup de ses collègues volontaires présentent des signes de fatigue émotionnelle et physique au fil du temps. Certains membres du personnel ont souffert de dépression nerveuse et ont craqué, d'autres ont cessé de faire du volontariat, même si cela leur tenait à cœur. Le psychiatre décrit ses collègues fatigué·es comme « épuisé·es par des demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources », soulignant qu'« ils-elles ne sont plus mobilisables pour aucun but ou tâche » (Freudenberger, 1974, notre traduction).

Le choix du terme *burn-out* par Freudenberger n'est pas fortuit. L'expression *to burn out* ou *burned out* circulait dans son secteur depuis au moins 15 ans pour désigner l'épuisement de l'énergie humaine. Plus fort encore, les racines étymologiques de cette expression et de son application remontent au 16^{ème} siècle. L'utilisation de l'expression *burned out* en référence à l'épuisement n'était donc certainement pas nouvelle. Cependant, l'article de Freudenberger introduit un changement important. En effet, il n'écrit plus que *l'on se sent « burned out »* (épuisé), mais il parle d'« *avoir un burn-out* ». Cela peut sembler une simple nuance linguistique, mais il s'agit en réalité d'un changement aux conséquences majeures. En convertissant un adjectif métaphorique en un substantif et en lui donnant une description formelle, Freudenberger « ontologise » l'expression. Cela devient un « état-d'être » à part entière. En outre, Freudenberger encadre le concept en utilisant des termes médicaux tels que « symptômes » et « comportements » et, un an plus tard, il qualifie explicitement

l'affection de syndrome. Le burn-out en tant que maladie distincte était né.

Nous pouvons mieux comprendre cette naissance à travers deux évolutions de cette époque. Tout d'abord, les années 1970 ont été le point de départ d'une évolution que le sociologue Peter Conrad appelle la tendance à la médicalisation (Conrad, 2007). Au cours de cette période, Conrad note ainsi une augmentation notable des termes tels que « maladie », « trouble » ou « syndrome » pour définir des comportements ou des perceptions. Pour être clair, cela ne signifie pas que l'utilisation de *'to burn out'* à ce moment n'était pas l'expression sincère d'un épuisement réellement ressenti, mais cela implique que la médicalisation du terme - autrement dit, la référence à l'épuisement en tant que condition médicale distincte - s'inscrit dans le cadre d'une évolution plus large propre à ce moment historique. Depuis les années 1970, par exemple, l'étiquette « alcoolisme » fait également référence à une dépendance physique, alors qu'auparavant, il était plutôt considéré comme un comportement répréhensible plutôt qu'une addiction médicale.

Certain-es sociologues interprètent cette importance croissante accordée à la santé comme faisant partie d'un mouvement plus large de rationalisation. Dans une société de plus en plus séculière, la vie éternelle dans l'au-delà n'est plus le point de départ ou l'objectif principal, argumentent-ils-elles. Ce qui augmente, c'est le désir de passer le plus de temps et le plus qualitativement possible sur terre. L'accent s'est progressivement déplacé de la vie éternelle *dans l'au-delà*, à la vie finie *ici et maintenant*, faisant de la santé individuelle et de l'intégrité physique l'objectif le plus élevé à poursuivre. D'une certaine manière, la santé se substitue même à la religion en tant que cadre moral dominant. « Tant que nous sommes en bonne santé » devient la maxime principale. Par extension, elle accroît également l'influence des médecins sur la société. Depuis les années 1970, les sociologues médicaux parlent même d'une « monopolisation de la médecine », en ce sens que de plus en plus de sujets et de domaines qui *peuvent* être abordés par des étiquettes telles que « sain » ou « malsain » sont bientôt tombés sous la juridiction intellectuelle de la médecine. Qu'il s'agisse de l'alimentation, du travail ou des loisirs, l'accomplissement individuel dans un nombre croissant de domaines de la vie est évalué comme bon ou mauvais pour la santé. Cela peut sembler évident aujourd'hui, mais il s'agit en fait d'un phénomène relativement récent.

Mais cette tendance à la médicalisation n'est qu'une petite partie de l'histoire. En effet, il existe également un contexte socio-économique crucial qui explique pourquoi le terme de burn-out est apparu dans le secteur de la santé au cours de cette période. Cette période a ainsi été marquée par une forte agitation sociale aux États-Unis : hausse des taux de criminalité, augmentation des problèmes de drogue, début de l'épidémie de sida, augmentation de la violence domestique et du nombre de sans-abris. Mais en dépit de ces problèmes, le gouvernement américain ne prêtait guère l'oreille aux réformes sociales. Plus encore, il a annoncé d'importantes réductions d'impôts en plus des politiques d'austérité néolibérales qui étaient dans l'air du temps depuis plusieurs années. Tous les ingrédients ont été alors réunis. D'un côté, une vague de troubles sociaux et de problèmes de santé et, de l'autre, une réduction radicale de l'aide publique. Cette combinaison a conduit à une privatisation à marche forcée des institutions sociales d'aide et de soins, ce qui s'est rapidement avéré être un mariage problématique. L'approche commerciale et axée sur le profit que les organisations ont soudain dû adopter pour être compétitives dans le secteur privé s'est avérée difficile à concilier avec la nature émotionnelle du travail dans les soins. En outre, la charge de travail atteint également un point d'ébullition à la lumière de l'augmentation des troubles sociaux. La prestation de soins, dont les racines sont profondément ancrées dans le lien humain, s'est transformée en une liste de points d'actions formalisées, qu'il fallait exécuter aussi efficacement que possible. Les tensions et l'épuisement spécifiques qui en ont découlé ont été exprimés par le terme « burn-out » au cours de cette période.

3. Le burn-out en Flandre

Depuis le début des années 1990, le concept de burn-out a été progressivement utilisé dans le secteur des soins en Flandre. Les similitudes avec le contexte de la genèse américaine sont frappantes à cet égard. Les soignant-es épuisé-es, qui expriment leur détresse par le biais de ce concept, se plaignent de la bureaucratie qui s'immisce de plus en plus profondément dans les hôpitaux et autres établissements de soins. Pour beaucoup, le travail est devenu un travail à la chaîne, laissant moins de place pour les contacts personnels (Meuris, 1995). Les soignant-es indiquent qu'ils-elles ont l'impression que leur travail vient d'en haut, comme une liste de tâches à cocher. Il n'y a

pratiquement plus de place pour les interactions sociales avec les patient-es. En outre, les personnes concernées insistent sur le fait que la charge de travail est un élément clé de leur épuisement. Les soignant-es doivent faire face à davantage de tâches, mais disposent de moins de temps pour les accomplir. À cela s'ajoute le manque d'investissements dans du personnel supplémentaire. Il semble qu'il y ait constamment de la surutilisation et du surmenage, et des économies systématiques empêchent d'absorber et de réduire la charge de travail.

Cependant, ces perceptions ne semblent pas être propres au secteur des soins. À partir des années 2000, des plaintes similaires ont résonné de plus en plus fort dans des secteurs professionnels de plus en plus nombreux. L'éthicien Jan Rollies analyse à l'époque que de nombreuses entreprises considèrent leur personnel comme un simple réservoir de main-d'œuvre interchangeable ou, selon ses propres termes, comme un « capital humain qui doit maximiser les rendements à un coût minimal » (Rollies, 2002). Il règne une culture d'entreprise compétitive qui entraîne toutes sortes de maux dans l'environnement de travail immédiat. Un nombre croissant de travailleur-euses vivent le travail comme un mélange écœurant d'efforts de productivité, de charge de travail élevée, de manque de soutien, de méfiance croissante et d'ambiance de travail déplorable. Mais l'analyse de Rollies apporte un complément important. Il indique que cette évolution n'est possible que parce qu'un grand nombre de personnes ont adopté cette culture d'entreprise agressive. Il observe que de nombreuses personnes intériorisent l'idée qu'elles ne peuvent trouver de sens et d'importance que dans un rôle de travailleur-euse qui travaille dur et remporte des succès. Il s'agit d'une « idéologie qui met l'esprit au service de la performance et du profit », estime M. Rollies. Le revers pervers de cette médaille méritocratique est que l'échec, l'erreur ou le manque de succès sont immédiatement ressentis comme une carence individuelle. Cela a un effet épuisant qui rend malade, que l'on appelle le « burn-out » au cours de cette période.

« L'idéologie » à laquelle Rollies fait référence a un nom : la méritocratie néolibérale. À partir de 2010, nous constatons que les éléments fondamentaux de ce phénomène ne s'extériorisent pas seulement à travers la charge de travail, mais s'infiltrent dans d'autres domaines de la vie. La prétendue perfectibilité de notre propre vie pousse tout un chacun à être un-e bon-ne travailleur-euse, et un-e bon-ne partenaire, et un-e bon-ne parent-e, un-e bon-ne ami-e, un-e bon-ne sportif-ve, un-e bon-ne collègue, une bonne fille, une bonne sœur, etc. Il est impossible d'échapper à certains de

ces rôles - pensez à la génération dite « sandwich », soit ceux et celles qui, en fin de la quarantaine, remboursent leur maison, élèvent leurs enfants, construisent leur carrière professionnelle et doivent progressivement y ajouter la prise en charge de leurs parents. Par ailleurs, l'intégration d'autres rôles encore est motivée par un sentiment de concurrence et la crainte de perdre son statut. Ceux et celles qui indiquent que le rythme de vie effréné leur prend toute leur énergie expriment un rôle ambitieux et participatif dans la société. « Être débordé » devient ainsi un symbole de statut, mais aussi une source de plaintes. C'est précisément ce qui fait qu'il est si difficile de ne pas y participer : tout le monde veut de la reconnaissance, mais pour beaucoup, cela se révèle être une course épuisante qui ne se termine pas par une arrivée satisfaisante. Dans le pire des cas, il s'ensuit un crash inattendu, le burn-out.

4. Première (auto-)aide en cas de burn-out

Les personnes qui souffrent aujourd'hui de burn-out constateront que de nombreuses solutions supposées sont proposées : pleine conscience (*mindfulness*), yoga, thérapie par la marche, thérapeutes personnel-les et même ce que l'on appelle des *life coaches*. Aujourd'hui, il existe une large gamme d'aides personnelles pour les problèmes de santé mentale et émotionnelle. Il y a deux explications sociologiques à cela. La première est la transition économique d'une économie industrielle à une économie basée sur la connaissance. Depuis les années 1970, la taille du secteur des services sur le marché du travail a considérablement augmenté. Conséquence concrète : les problèmes les plus courants au travail ne sont plus de nature physique. L'intérêt scientifique pour les aspects sociaux et émotionnels du travail s'accroît, et des domaines de recherche spécifiquement axés sur la psychologie et les émotions se développent. Surtout, cet intérêt et, plus important encore, la possibilité de discuter des émotions et du psychisme d'une personne, sont en train de s'ouvrir au grand public. Cependant, l'histoire nous enseigne que l'attention portée au « soi », dans le but de se comprendre et de s'améliorer, n'est certainement pas un phénomène exclusivement moderne. Des idées sur le contrôle des émotions et le développement personnel étaient déjà consignées dans la Chine ancienne et dans les almanachs des princes médiévaux, des courtisans de la Renaissance et des femmes au foyer de l'époque victorienne. Les stoï-

ciens romains s'intéressaient également à la maîtrise des émotions et à l'amélioration de soi. Même dans la Souda, une encyclopédie byzantine du 10^{ème} siècle, on trouve des références historiques à l'aphorisme grec *γνώθι σεαυτόν* (*gnothi seauton*), c'est-à-dire « connais-toi toi-même ». Si les conseils pour s'améliorer et faire face aux défis psychologiques ont toujours existé, pourquoi sont-ils si populaires et omniprésents dans notre culture, notre conscience collective, notre esprit du temps, aujourd'hui plus que jamais ?

C'est parce que l'évolution structurelle que nous venons de décrire - l'attention accrue portée au psychisme - s'est progressivement mêlée à une seconde évolution de nature culturelle : une « marchandisation » accrue des relations sociales. Ainsi, on observe aujourd'hui une incitation culturelle à restructurer son identité et sa personne en une sorte d'entreprise individuelle. Le philosophe et l'historien français Michel Foucault a noté que les relations sociales dans un cadre néolibéral ne sont plus organisées sur la base de la conformité sociale, mais par une « prolifération de l'individualisme à l'aide d'une matrice économique » (Foucault, 2008, notre traduction). Cela signifie que les personnes d'aujourd'hui sont des *individus* et qu'elles ont besoin d'être aussi distinctement « elles-mêmes » que possible, mais d'une manière qui soit conforme aux valeurs fondamentales d'un cadre résolument néolibéral. Bref, dans un cadre normatif où pratiquement tous les aspects de cet individu sont intégrés dans une logique de *marché*. Cette situation s'est tellement normalisée que nous ne remarquons plus à quel point elle affecte notre vie quotidienne. Par exemple, il est parfaitement normal aujourd'hui de décrire même nos formes de relations les plus intimes comme quelque chose sur lesquelles nous « devons travailler », que nous « devons entretenir » si nous voulons qu'elles « réussissent » et soient « fructueuses », et dans lesquelles nous devons « investir » du temps en programmant suffisamment de « temps de qualité ». Même les relations amoureuses intimes n'échappent pas à la gestion de type économique.

Cette réorganisation sociale autour de la notion d'entreprise s'est consolidée dans les années 1980, selon les historien-nes, et est devenue depuis une caractéristique répandue du « penser et faire » occidental. Elle a également abouti à un nouvel idéal-type du-de la citoyen-ne. Un-e citoyen-ne ne doit plus obéir, mais doit avant tout performer : s'améliorer et investir en soi comme projet ultime. L'interprétation moderne d'un-e citoyen-ne bon-ne et réussi-e n'est plus celle d'une personne qui suit docilement les règles, mais celle d'une personne vigilante, qui pratique une forme de « gestion de soi » responsable et

qui peut ainsi être « compétitive » par rapport aux autres. Il-elle doit organiser tous les domaines personnels de la manière la plus responsable : travail, propriété, pension, assurances, ménage, jusqu'à l'entretien des relations familiales, amoureuses et amicales. L'objectif est toujours de maximiser son propre bonheur et son propre succès, et de minimiser avec discernement les risques. Ainsi, pratiquement tous les aspects de la vie sociale sont imprégnés et minés par les principes de la performance individuelle. Il ne s'agit plus d'une « éthique du travail » néolibérale, mais d'un cadre moral complet et global. La culture du « soi » en tant qu'*entreprise* est une sorte d'opération continue visant à donner à la vie un sens, un but et une direction. Elle fournit un fil conducteur qui dicte la manière dont nous devons agir, nous comporter et penser par rapport à des objectifs spécifiques. Et surtout, cela implique que nous pouvons considérer presque tous les éléments de notre identité comme des aspects susceptibles d'améliorer nos performances. Nous sommes moralement encouragé-es à montrer au moins la volonté de développer non seulement des aptitudes pratiques, des capacités intellectuelles et des compétences sociales, mais aussi de nous rendre plus résistant-es en nous engageant dans le « contrôle émotionnel », en cultivant nos « compétences émotionnelles » et en devenant plus « résilient-es ».

Les innombrables ouvrages de développement personnel et de conseils thérapeutiques destinés aux personnes en burn-out en sont l'écho. En d'autres termes, le message de cette littérature reflète le contexte social dans lequel il s'inscrit. D'une certaine manière, ce narratif est une version moderne du monomythe. Nous devons systématiquement nous considérer comme le protagoniste de notre propre histoire héroïque. Comment le burn-out s'inscrit-il dans ce récit ? Il est décrit comme l'occasion idéale de repenser radicalement notre façon de travailler. Il ne s'agit pas tant de travailler moins que d'être plus efficace et donc, en fin de compte, plus productif. Nous devons alors convertir un choc mental ou un épuisement émotionnel en un obstacle à surmonter sur la voie des performances et du succès. Selon certain-es, nous devrions même considérer cela comme une bénédiction, car nous en sortirons avec une image plus forte de nous-mêmes et une meilleure façon de travailler. Ce message est tout à fait conforme aux valeurs fondamentales du discours néolibéral : la perfectibilité individuelle, l'autonomisation et la responsabilité. Mais c'est précisément l'accent mis aujourd'hui sur la recherche individuelle de la performance qui est à l'origine de l'épuisement mental et émotionnel que nous appelons aujourd'hui « burn-out ». Aussi bien intentionnées soient-elles, ces injonctions créent un cercle vicieux.

Conclusion

Il ressort de ce qui précède une première conclusion importante de *De Burn-outparadox* : la résilience et la résistance sont des éléments importants qui méritent d'être cultivés, mais ils deviennent eux-mêmes malsains lorsque l'accent est mis *uniquement* sur ces aspects. Ce n'est pas ainsi que fonctionne l'être humain. Au lieu de nous considérer comme des individus atomisés, l'idée d'un réseau interconnecté semble beaucoup plus pertinente pour contrer le récit néolibéral de la perfectibilité individuelle et de la méritocratie. Si nous nous préoccupons réellement de la santé mentale, il est absurde d'insister uniquement sur la responsabilité individuelle. En revanche, il devrait aller de soi de s'engager pleinement dans des environnements chaleureux, de soutien et de bienveillance, et de réaliser que nous sommes interdépendant-es les un-es des autres pour traverser la vie en bonne santé et avec bonheur. Ce changement peut commencer par nous-mêmes, mais seulement si nous abandonnons ou du moins si nous nuançons fermement le récit d'une perfectibilité strictement individuelle. Notre environnement social - mais aussi naturel - n'est pas seulement une toile de fond pour nos performances personnelles, c'est un tout que nous constituons ensemble.

Cela nous amène, en second lieu, aux causes sociétales du burn-out. Nous devons accorder beaucoup plus d'attention au lien entre les symptômes psychologiques individuels et les facteurs sociaux qui y sont associés. Surtout lorsque ces facteurs sont identifiés et associés aux plaintes de manière aussi catégorique. En effet, il existe un fil conducteur clair et distinct dans l'historique du concept de burn-out. Freudenberger a situé le burn-out exclusivement dans le secteur des soins de santé, et

cette constatation est malheureusement toujours d'actualité. Mais entre-temps, les éléments fondamentaux qu'il a décrits ont évolué vers des caractéristiques plus générales d'un cadre culturel contemporain et global. Depuis les années 1970, le concept exprime l'impact négatif d'une pensée de marché croissante et d'une perte associée de liens sociaux qui est régulièrement décrite comme une perte d'*humanité* également. Il est impératif d'insister sur ce point et de le soumettre à un examen critique.

Troisièmement, ce regard sociologique permet d'expliquer le prétendu paradoxe évoqué dans le titre de l'ouvrage. La conclusion finale (pas si surprenante) est qu'il n'y a pas de paradoxe du tout. Le concept de burn-out a un certain caractère insaisissable, précisément parce qu'il est utilisé de nos jours dans de nombreuses circonstances. Il traduit une surcharge, un surmenage, une charge mentale, une souffrance psychique, voire une manifestation psychosomatique du stress indiquant un état pathologique. En outre, ces expériences peuvent avoir différentes raisons : pression du travail, pression du temps, pression de la performance, pression parentale, pression des médias sociaux ou même pression des loisirs. Si le concept de burn-out est aussi répandu aujourd'hui, c'est parce qu'il *résonne avec tant d'expériences individuelles différentes*. C'est pourquoi il est parfois difficile de délimiter ce concept. Mais qu'il soit utilisé si fréquemment aujourd'hui est significatif et important. C'est précisément la raison pour laquelle il est impératif d'écouter attentivement ce que le concept nous révèle sur les expériences personnelles, et en particulier sur le contexte bien défini dans lequel ces expériences sont vécues aujourd'hui.



Bibliographie

- Beard, G. (1869). Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 3(13), 217-221.
- Beard, G. (1881). *Neurasthenia: American Nervousness*. New York: Putnam.
- Brooks, M. (2019). *Burn-out inclusion in ICD-11: Media got it wrong, WHO says*. Récupéré sur <https://www.medscape.com>.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Johns Hopkins: University Press.
- De Bont, R. (2002). Energie op de weegschaal : Vermoeidheidsstudie, Psychotechniek en Biometrie, 1900-1945. In J. Tollebeek, *Degeneratie in België: 1860-1940: een geschiedenis van ideeën en praktijken* (pp. 257-298).
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. (G. Burchell, Trans.) Palgrave Macmillan.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk. Advies nr. 9339*. Brussel: HGR.
- Meuris, S. (1995, 9 février). Jaar van het Ziekenhuispersoneel, maar het personeel mort - "Soms wacht patiënt drie uur na operatie al op bus". *Het Belang van Limburg*, p. 6.
- Rollies, J. (2002, 5 janvier). 'De tirannie van de bedrijfscultuur'. *De Standaard*, p. 35.
- Rotenstein, L., Torre, M., Ramos, M., & et al. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150.
- Van Hulle, M. (2023). *De Burn-outparadox*. Antwerpen: Houtekiet.



Santé & Société est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Le fichier d'adresses est utilisé exclusivement pour la distribution du magazine et il est géré et conservé conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous pouvez demander à tout moment d'accéder à vos données personnelles, de les modifier ou de les supprimer. Vous pouvez également faire corriger sans frais des données incorrectes ou incomplètes. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter la politique de traitement des données personnelles de la MC sur notre site internet <https://www.mc.be/fr/clauses/politique-confidentialite-mc>

Si vous avez des questions sur le traitement licite et légal de vos données personnelles, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du délégué à la protection des données à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek, Belgique
- Soit par mail : à l'adresse privacy@cm.be

Si vous souhaitez déposer une plainte, vous pouvez le faire auprès du Médiateur

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse mediateur@mc.be

Si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le signaler :

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention de Mieke Hofman à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse SanteEtSociete@mc.be

Sommaire

Édito : Manager sa santé : injonction ou promesse d'implication des patient-es ? · 02

Étude : Soins orientés vers les objectifs de la personne :
analyse critique du discours · 06

Revue de la littérature : le contexte historique · 09

Méthode : analyse critique du discours · 14

Résultats · 15

Recommandations · 22

Étude : Convention soins psychologiques de première ligne : un bilan 2019-2024 · 28

Mise en contexte · 30

Méthode · 32

Résultats · 34

Discussion des résultats · 52

Recommandations · 55

Lu pour vous : Approche sociologique du burn-out · 64

Colophon

Editeur responsable

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles

Rédacteur en chef

Nicolas Rossignol

Secrétariat de rédaction

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Comité de rédaction

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme,
Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Mise en page

Gevaert Graphics

Impression

Albe De Coker

Adresse de retour

MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579,
BP 40, 1031 Bruxelles

Copyright

Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative
Commons "by/nc/nd"