

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.

