

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

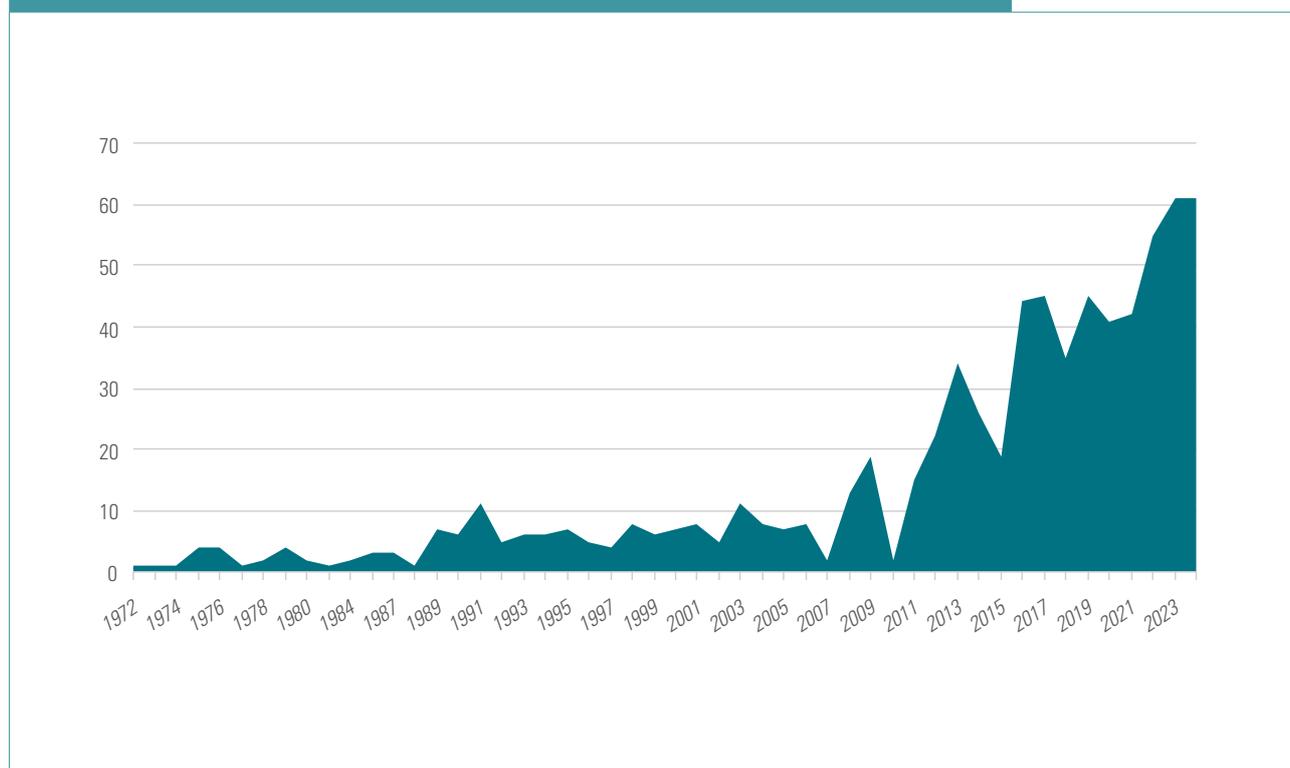
Introduction : les soins orientés vers les objectifs de la personne en plein essor

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 (Luypaert, 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

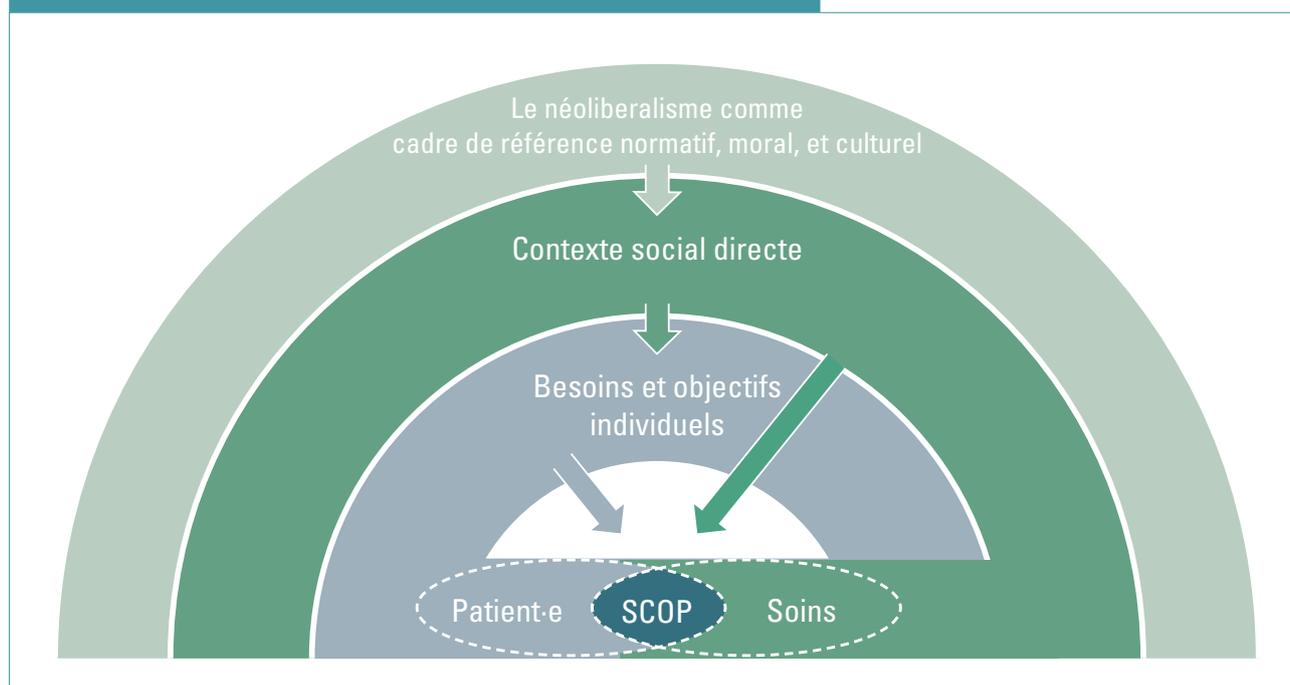
signification de nos actions et de nos interactions, même si nous ne sommes souvent pas conscients de cette influence. Ce que nous considérons comme normal, ou encore souhaitable et même ce que nous considérons comme essentiel peut *sembler* personnel, mais cela reflète toujours un cadre sociétal normatif 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'infiltrant 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.academievoordeeerstelijin.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.
- Périlleux, 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.