PROJET PILOTE « STRESS, TRAVAIL ET PREMIÈRE LIGNE »

Direction réintégration au travail, Service des indemnités INAMI

Favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues en matière de santé mentale en lien avec le travail.

L. Verbraeken, J. Fichefet, dr. S. Decuman

Contenu

1.1. Contexte du projet 5

1.2. Objectif du rapport final du projet pilote 5

2. Description du projet 6

2.1. Objectifs du projet 6

2.2. Public cible 6

2.3. Outils 7

2.3.1 Cellule de référence 7

2.3.2. Module d'information sur la santé mentale et le travail 6

2.3.3. Intervisions multidisciplinaires autour de la santé mentale et du travail 6

2.3.4. Régions pilotes : acteurs de première ligne 7

2.4. Attentes envers les acteurs de première ligne dans le cadre du projet pilote 7

2.5. Comité d'experts stress et travail 8

2.6. Partenaires impliqués 9

3. Approche et mise en oeuvre 10

3.1. Mise en oeuvre et adaptations au cours du projet 10

3.1.1. Sélection du médecin de référence et du psychologue de référence 15

3.1.2. Sélection du comité d'experts 17

3.1.3. Sélection des psychologues de première ligne et des médecins généralistes 17

3.1.4. Développement du module d'information 19

3.1.6. Prise de contact avec la cellule de référence 20

4.1. Mobilisation des ressources humaines et rôles 20

4.2. Collaboration et co-construction 21

4.2.1. Rôles et collaboration sur le terrain 21

4.3. Planification et faisabilité 21

5. Caractéristiques des participants 22

5.1. Sexe - discipline 22

5.2. Milieu rural – milieu urbain 23

5.3. Type de pratique 23

5.4. Expérience 25

5.5. Collaboration existante 26

5.6. Motivations pour la participation au projet 27
6. Évaluation (du processus) 30
6.1. Quelques chiffres concernant les outils de participation 30
6.2. Expériences au niveau (de l'organisation) des outils 32
6.2.1. Enseignements tirés et points à prendre en compte concernant la cellule de référence 33
6.2.2. Enseignements tirés et points à prendre en compte concernant le module d'information 35
6.2.3. Enseignements tirés et points à prendre en compte concernant les intervisions 35
6.2.4. Expériences avec le comité d'experts 36
6.3. Expériences au niveau des besoins sur le terrain 37
6.3.1. Collaboration & communication 37
6.3.2. Temps, compensation et charge de travail 39
6.3.3. Connaissances et manque de clarté concernant les rôles et les attentes 39
6.3.4. Accompagnement du public cible 40
6.3.5. Accessibilité aux soins 41
6.4. Lacunes 41
7. Évaluation du module d'information dans le cadre des deux mémoires de master (UGent) 42
8. Recommendations 43
8.1. Structure, modèles et ancrage 43
8.2. Rôles, responsabilités et connaissances 44
8.3. Collaboration multidisciplinaire, communication et partage des données 44
9. Implémentation et poursuite du déploiement 45
10. Conclusion 46
11. Annexes ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Fin de la phase pilote du projet “Stress, Travail et Première ligne”

1. Introduction

1.1. Contexte du projet

Ce projet est l’une des initiatives mises en œuvre dans le cadre du plan fédéral de politique et d’action « Bien-être mental au travail ». L’objectif est de mobiliser différents domaines de politique dans le cadre de la problématique de l’incapacité de travail due à des problèmes de santé liés au stress et de la réintégration. Par différents domaines de politique, on entend notamment :

- Le soutien psychologique (interventions) et les cadres existants en la matière : réseaux de santé mentale (SSM), convention de soins psychologiques de première ligne ;
- Le soutien apporté par le médecin généraliste et les défis auxquels celui-ci est confronté ;
- L’incapacité de travail et la réintégration (trajet de retour au travail = trajet RAT), avec un accent notamment sur le rôle du médecin conseil et du coordinateur retour au travail (CReAT).

Le projet a été mis en place dans un contexte sociétal plus large où le stress lié au travail ainsi que l’incapacité de travail constituent un défi croissant.

Dans le cadre de la convention de psychologie de première ligne (PPL), l’attention portée au domaine du travail et aux problèmes qui y sont liés reste toutefois aujourd’hui relativement limitée. Dans cette optique, ce projet a explicitement exploré comment accorder davantage d’attention au domaine du travail au sein de la convention PPL. Le projet a offert un espace de réflexion commune, de partage de bonnes pratiques et d’identification de pistes concrètes pour intégrer plus structurellement le travail dans ce cadre de soins.

Un principe clé du projet était de réunir les bons partenaires. En rassemblant différentes expertises et perspectives, il a été choisi d’opter pour une approche plus intégrée du stress lié au travail. À cet égard, le choix a été fait de privilégier autant que possible la prévention secondaire plutôt que la prévention tertiaire. L’accent a été mis sur la détection précoce, le soutien et le renforcement de la résilience, avant même que les plaintes ne s’aggravent (importance de la prévention dans le cadre de la convention PPL). En outre, l’objectif était de renforcer l’accompagnement du large groupe cible en matière de stress lié au travail.

1.2. Objectif du rapport final du projet pilote

L’objectif de ce rapport, incluant l’évaluation à petite échelle qui l’accompagne – laquelle n’est pas spécifiquement scientifique – est d’obtenir une vue d’ensemble de la valeur ajoutée des outils développés, mais surtout de recueillir les expériences des médecins généralistes et des psychologues de première ligne participants sur le terrain. Plus précisément, les besoins et attentes des acteurs de première ligne concernant

cette thématique ont été rassemblés dans cette note, afin d'identifier et de développer davantage les lacunes dans la pratique. Des pistes de suivi et des recommandations politiques sont également formulées.

2. Description du projet

2.1. Objectifs du projet

Les acteurs de première ligne jouent un rôle important dans le soutien des personnes souffrant de plaintes liées au stress et de problèmes de santé mentale liés au travail. Le travail constitue à cet égard un facteur important de rétablissement, de santé et de qualité de vie.

L'objectif de ce projet était d'analyser comment, dans le cadre de la convention PPL, une attention plus structurelle pouvait être accordée au domaine du stress et du travail, y compris l'incapacité de travail et la réintégration. Le projet a explicitement mis l'accent sur la prévention secondaire plutôt que sur des interventions purement tertiaires, et a visé une fertilisation croisée entre médecins généralistes et psychologues de première ligne. Enfin, des bonnes pratiques ont été proposées afin de mieux comprendre les caractéristiques spécifiques et la complexité des problèmes de santé mentale liés au travail et d'y apporter des réponses plus adaptées. Le projet a été déployé dans trois régions pilotes – Brabant flamand Est, Bruxelles et Liège – de septembre 2025 à avril 2026, en co-construction avec des professionnels de la première ligne. Les données, l'expertise et l'expérience des acteurs de première ligne ont été au cœur de chaque phase. Concrètement, trois outils ont été développés et testés:

1. Cellule de référence Stress et Travail : Dans chaque région pilote, une cellule de référence (un duo médecin généraliste–psychologue de première ligne) a été mise en place. Celle-ci a soutenu les acteurs de première ligne en leur apportant expertise et conseils pour l'accompagnement des patients souffrant de stress lié au travail. Également, la cellule de référence a joué un rôle de guide pour les participants et a servi d'intermédiaire entre le terrain et l'INAMI.

2. Module d'information pour les médecins généralistes et les psychologues de première ligne : Ce module vise à enrichir les connaissances en matière de stress, de travail et de réintégration au travail(théorie).

3. Intervision multidisciplinaire : Ces moments permettent aux prestataires de soins de différentes disciplines de se rencontrer, d'échanger des connaissances et de collaborer autour de thématiques liées au stress et au travail. L'objectif est de traduire le module d'information dans la pratique (pour une application concrète).

Ce projet a été développé pour et avec la première ligne. L'apport, l'expertise et l'expérience des acteurs de première ligne ont été centraux à chaque étape. Dans chaque région pilote, le projet a fait l'objet d'un suivi particulier, l'accent étant mis sur la valeur ajoutée pour les acteurs de première ligne. La participation au projet a débuté en septembre 2025 et s'est achevée en avril 2026.

2.2. Public cible

Le public cible principal du projet était constitué de médecins généralistes et de psychologues cliniciens dans le cadre de la convention PPL. Les outils visaient l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques légers à modérés en lien avec le domaine du travail, tant les personnes à risque d'incapacité de travail que celles déjà reconnues en incapacité de travail. Le projet ne se concentrait pas sur le diagnostic, mais adoptait un cadre de réflexion transdiagnostique, en accordant une attention à la large gamme de symptômes liés au stress dans l'ensemble des domaines de la vie. Le terme « problèmes de santé liés au stress » a été utilisé tout au long du projet comme concept global.

2.3. Outils

Le projet pilote avait pour objectif de créer des structures de soutien pour les acteurs de première ligne dans le domaine du stress, du travail et de la réintégration au travail. Les outils sont détaillés ci-dessous.

2.3.1 Cellule de référence Stress et Travail

« La cellule de référence stress et travail agit comme guide, facilitateur et conseiller dans ce projet pilote ».

L'objectif était que les outils développés par l'INAMI en collaboration avec ses partenaires correspondent au mieux aux procédures de travail existantes et aux besoins du terrain. Il a également été constaté que les acteurs de première ligne avaient besoin d'un soutien dans des cas concrets. Pour y répondre, des médecins généralistes et des psychologues ont été impliqués dès le début du projet pilote. L'objectif était qu'ils co-construisent les outils et qu'ils soutiennent l'INAMI dans une mise en œuvre et une évaluation efficaces et performantes. De cette manière, les acteurs de terrain étaient accompagnés par leurs pairs.

Dans chaque région pilote, une cellule de référence a été sélectionnée selon des canaux de communication et des critères prédéfinis. Celle-ci était composée d'un duo médecin généraliste–psychologue de première ligne qui s'engageait à agir comme guide, facilitateur et conseiller pour les acteurs de première ligne dans le domaine du stress et du travail. Concrètement, la cellule jouait un rôle moteur dans les intervisions multidisciplinaires et dans l'élaboration du module d'information, tout en servant de lien entre la pratique clinique et la politique. La cellule de référence analysait et rapportait les besoins, les défis et les bonnes pratiques en étroite collaboration avec l'INAMI.

La définition suivante a été retenue pour la cellule de référence stress et travail :

Une cellule de référence stress et travail est une entité composée d'un duo médecin généraliste–psychologue de première ligne qui s'engage à intervenir dans un lieu prédéfini en tant que « guide » pour ces acteurs dans le domaine du stress et du travail, en leur apportant soutien et conseils si nécessaire. Le médecin de référence joue également un rôle moteur dans les intervisions multidisciplinaires ainsi que dans l'élaboration du module d'information. De plus, la personne référente joue un rôle de facilitateur et de relais entre la pratique clinique et la politique dans le cadre de ce projet. La cellule de référence analyse et rapporte les besoins, les défis et les bonnes pratiques et assure un retour d'information en étroite collaboration avec l'INAMI et ses partenaires.

La cellule de référence a été impliquée dès le départ dans la co-construction des outils et la sélection des acteurs de première ligne participants, avant même le lancement officiel du projet en septembre 2025. À partir de septembre 2025, les acteurs de première ligne participants pouvaient faire appel à la cellule de référence.

Après inscription, les participants recevaient un document détaillant les modalités de contact avec la cellule ainsi qu'une description claire de ses missions. La cellule était également responsable de l'animation des intervisions et jouait un rôle actif dans leur organisation. Pour l'exécution de ces tâches, la cellule a été rémunérée de façon ad hoc avant septembre 2025 en fonction du travail réellement effectué, puis à partir de septembre 2025 à raison de 4 heures par semaine (82 €/heure).

Enfin, un mécanisme de retour d'information a été prévu entre la cellule de référence et l'INAMI et ses partenaires afin de garantir une circulation transparente et bidirectionnelle de l'information, ainsi que de permettre à la cellule de recevoir conseils et soutien si nécessaire (groupe de réflexion + intervision pour la cellule de référence). Cela a été concrétisé par la mise en place d'un comité d'experts (voir ci-dessous).

2.3.2. Module d'information sur la santé mentale et le travail

Un module d'information a été développé à destination des acteurs de première ligne autour du thème du stress et du travail (incapacité de travail, emploi et réintégration).

Le module proposait un cadre théorique permettant aux acteurs de première ligne de réfléchir à des thématiques pertinentes telles que l'incapacité de travail, la réintégration et le rôle des différents acteurs impliqués. En outre, le module comprenait des possibilités de soutien pratiques, notamment des options d'orientation pour l'accompagnement des personnes souffrant de problèmes de santé liés au stress. Il a été volontairement choisi de proposer une documentation aussi complète que possible, même si une partie du contenu était déjà considérée comme connue des médecins généralistes et des psychologues de première ligne. L'objectif était de fournir un cadre de référence cohérent et accessible regroupant l'ensemble des connaissances disponibles dans le vaste domaine de la santé mentale et du travail. Le module d'information présentait ainsi la théorie, tandis que les intervisions en assuraient la traduction pratique dans la réalité quotidienne du travail.

Le module a été proposé sous forme de webinaire basé sur une présentation powerpoint. Le webinaire en néerlandais s'est tenu le 9 octobre de 13h à 15h, et celui en français le 8 octobre de 14h à 16h. Les participants ont ensuite reçu la version complète de la présentation – plus étendue que la version abrégée utilisée lors du webinaire en raison du manque de temps – et ont pu poser des questions complémentaires sur l'ensemble des aspects abordés. Le powerpoint est repris en annexe A.

Le webinaire invitait les participants à sélectionner, à partir de leur propre pratique, les éléments qui leur semblaient pertinents, et à identifier les enseignements et outils utiles ainsi que les éventuelles lacunes. Le module a également fait l'objet d'une évaluation à petite échelle, en vue d'améliorations possibles, du choix du format le plus approprié et d'une mise en œuvre plus large et durable à l'avenir.

2.3.3. Intervisions multidisciplinaires autour de la santé mentale et du travail

Les intervisions multidisciplinaires autour de la santé mentale et du travail ont rassemblé les acteurs concernés afin de partager des expériences de terrain, des défis et des bonnes pratiques dans l'approche des problèmes de santé mentale liés au travail, notamment à partir de cas anonymisés.

Les intervisions ont offert un espace d'échange et de réflexion mutuels. Les questions centrales étaient les suivantes : quelles approches sont déjà mises en œuvre dans la pratique, où les professionnels rencontrent-ils le plus souvent des difficultés, et comment ces obstacles peuvent-ils être abordés de manière constructive et réaliste. Un objectif secondaire important était de permettre aux différents acteurs impliqués de mieux se

connaître, ainsi que de mieux comprendre leurs rôles, responsabilités et expertises respectifs, contribuant ainsi à renforcer la collaboration et à favoriser une approche plus intégrée au sein des soins de première ligne et au-delà.

Le noyau de base était composé de la cellule de référence, des médecins généralistes et des psychologues de première ligne. En fonction des besoins et des thématiques, d'autres acteurs pertinents ont également été impliqués de manière ad hoc, tels que les médecins du travail, les médecins conseils, les conseillers en prévention aspects psychosociaux, les coordinateurs retour au travail et les jobcoachs. Un espace était également prévu pour discuter et échanger des outils et instruments pertinents.

Dans le Brabant flamand Est, les intervisions ont été organisées en présentiel dans des lieux mis à disposition par le réseau Diletti, complétées par une session en ligne. Cinq intervisions ont été organisées à partir d'octobre 2025, chacune d'une durée d'une heure et demie.

Du côté de Liège, les intervisions ont eu lieu dans un local mis à disposition par le réseau Fusion Liège. Huit intervisions ont été organisées en présentiel et la dernière s'est tenue en ligne. Chaque session durait une heure et demie.

En ce qui concerne Bruxelles, un total de 8 intervisions a été organisé. Parmi celles-ci, 3 ont eu lieu dans les locaux du réseau Brumenta. L'INAMI en a organisé deux dans ses propres locaux, et trois se sont déroulées en ligne. Toutes les sessions duraient une heure et demie. Un plus grand nombre d'intervisions a été organisé à Bruxelles en raison de la division en deux groupes, étant donné qu'un plus grand nombre de participants était initialement attendu.

2.3.4. Régions pilotes : acteurs de première ligne

Les lieux des cellules de référence ont également déterminé où le projet a été mis en œuvre. Des médecins généralistes et des psychologues de première ligne issus de ces trois régions pilotes ont participé au projet afin d'utiliser les outils développés et d'en évaluer la pertinence et la valeur ajoutée dans la pratique.

Comme pour la cellule de référence, un appel a été lancé via Google Forms afin de trouver des acteurs de première ligne intéressés. Outre la motivation, il était important que le candidat puisse adopter une approche systémique et contextuelle dans le cadre des accompagnements, en tenant compte des différents domaines de vie, y compris celui du travail.

La participation était entièrement volontaire. Il était attendu des participants qu'ils utilisent les trois outils : le module d'information, les intervisions multidisciplinaires et la possibilité de contacter la cellule de référence. Étant donné que les acteurs de première ligne participants étaient les premiers en contact direct avec les patients présentant des problèmes de santé mentale liés au travail, il était essentiel pour l'INAMI de pouvoir attirer un nombre suffisant de médecins généralistes et de psychologues de première ligne.

2.4. Attentes envers les acteurs de première ligne dans le cadre du projet pilote

L'implication des acteurs de première ligne était cruciale pour le succès du projet, étant donné qu'ils pouvaient utiliser et évaluer dans leur pratique quotidienne les différents outils mis à leur disposition.

Les différentes attentes à l'égard des médecins généralistes et des psychologues de première ligne qui se sont engagés à participer au projet sont précisées ci-dessous :

- À partir de septembre 2025 : possibilité de contacter la cellule de référence (binôme psychologue de référence – médecin de référence) afin d'obtenir un soutien supplémentaire dans votre pratique sur la thématique du stress et du travail.

- Suivre le module d'information le 8 octobre 2025 de 14h à 16h ou le 9 octobre 2025 de 13h à 15h. Si le participant ne pouvait pas être présent, un enregistrement était prévu.

- Participer aux intervisions multidisciplinaires à partir d'octobre 2025 (nombre compris entre 5 et 9).

- Participer à une interview (+/- 1h) dans le cadre du mémoire d'un étudiant en master de psychologie (UGent). Cela n'était pas obligatoire mais encouragé. Cette demande concernait uniquement les participants néerlandophones.

Nous avons essayé de faire preuve d'un maximum de flexibilité dans la planification des outils et de la participation, afin de faciliter au maximum l'implication dans le projet.

2.5. Comité d'experts stress et travail

Dans le cadre de ce projet, un comité d'experts néerlandophone et francophone a également été mis en place, composé de médecins généralistes et de psychologues/psychiatres, afin de garantir la qualité du projet et d'assurer un soutien maximal tant à la cellule de référence qu'à l'INAMI. Au sein de ce comité, l'objectif était de mobiliser l'expertise des psychologues/psychiatres et des médecins généralistes concernant le projet, ainsi que de discuter des bonnes pratiques et des obstacles rencontrés au cours de celui-ci.

Composition :

- Deux représentants de l'INAMI
- Trois médecins généralistes ayant un intérêt et une expertise en matière de problèmes de santé liés au stress, avec ou sans lien avec le domaine du travail (stress lié au travail, incapacité de travail, réintégration).
- Trois psychologues/psychiatres ayant un intérêt et une expertise en matière de problèmes de santé liés au stress, avec ou sans lien avec le domaine du travail (stress lié au travail, incapacité de travail, réintégration).

Ces experts ont été invités à des moments clés du projet afin de fournir des conseils et un retour d'expérience, notamment lors du développement des intervisions multidisciplinaires et du module d'information. Le comité d'experts a servi de caisse de résonance pour la cellule de référence et l'INAMI. La cellule de référence faisait donc partie intégrante de ce comité.

Le chef de projet de l'INAMI a préparé le comité d'experts en collaboration avec la cellule de référence et a assuré le bon déroulement des réunions. Le comité offrait un moment d'intervision et facilitait l'échange de perspectives entre médecins et professionnels disposant d'une expertise psychologique/psychiatrique.

Les principaux objectifs du comité d'experts étaient :

- Fournir un retour sur les outils développés.
- Analyser les lacunes et identifier les bonnes pratiques.
- Soutenir la résolution de problèmes pour le binôme médecin de référence – psychologue.
- Garantir la qualité du projet.

Les tâches suivantes étaient associées au comité d'experts :

- Discuter des principales évolutions du projet, y compris les bonnes pratiques, les défis et les difficultés (y compris les cas complexes identifiés par la cellule de référence).
- Discuter du module d'information et recueillir les retours des membres du comité.
- Préparer les intervisions multidisciplinaires en collaboration avec la cellule de référence.
- Évaluer la mise en œuvre effective du module d'information et des intervisions multidisciplinaires au sein du comité.
- Vers la fin du projet, discuter des résultats des mémoires des étudiants en psychologie.
- Vers la fin du projet, discuter et formuler des recommandations politiques.

Initialement, il était prévu que le comité se réunisse en 5 phases (deux heures chacune), à savoir :

- Au début du projet (juin-juillet 2025), notamment pour donner un retour sur le module d'information.
- Deux réunions intermédiaires :
  - Une réunion intermédiaire après la mise en œuvre du module d'information et de la première intervision (octobre 2025).
  - Une réunion intermédiaire après la mise en œuvre de deux ou plusieurs intervisions multidisciplinaires (février-mars 2026).
- Après la dernière intervision (avril 2026).
- Après la fin du projet, dans le cadre de son évaluation (mai-juin 2026).

Ce groupe devait être rémunéré à cinq reprises, conformément à la rémunération du binôme médecin-psychologue de référence (82 €/heure).

2.6. Partenaires impliqués

La structure du projet et les partenaires impliqués peuvent être consultés ci-dessous :

- Cheffe de projet : Lanah Verbraeken – Direction réintégration au travail, Service des indemnités, INAMI
- Coordination du projet : Direction réintégration au travail, Service des indemnités (INAMI) : Lanah Verbraeken, Julie Fichefet (soutien pour la partie francophone du projet), Dr Saskia Decuman (cheffe de service Direction réintégration au travail).
- En collaboration avec les partenaires suivants :
  - Équipe PPL : SPF Santé publique et Service des soins de santé INAMI
  - Cellules de référence stress et travail
  - Comité d'experts stress et travail
  - Organisations professionnelles de psychologues et de médecins généralistes
    - SSMG
    - UPPCF
    - Domus Medica

- VVKP

3. Approche et mise en oeuvre

3.1. Mise en oeuvre et adaptations au cours du projet

Ce projet a été demandé en septembre 2022 par la cellule stratégique du cabinet de Frank Vandenbroucke. Cette fiche présentait les bases du projet. Sur cette base, la Direction de la réintégration au travail a, dans le cadre des préparatifs, précisé davantage le projet, d'une part par une réflexion de fond et des contacts avec des parties prenantes pertinentes telles que des universitaires, le Service des soins de santé de l'INAMI et le SPF Santé publique, et d'autre part par l'élaboration d'un marché public afin d'obtenir le soutien d'un groupe de recherche pour l'évaluation scientifique du projet.

Ce marché public avait pour objectif de coupler une évaluation scientifique rigoureuse à l'élaboration du contenu des outils, ainsi que de développer concrètement l'un de ces outils. Ce marché public (procédure ouverte avec publication européenne) a été lancé à deux reprises, mais sans attribution à chaque fois. Les raisons en étaient, d'une part, des erreurs administratives et, d'autre part, le non-respect du critère de sélection « expérience ». En raison de la non-attribution (à deux reprises) et des démarches (administratives) nécessaires qui en ont découlé pour la non-attribution et la republication, le projet a connu un retard considérable.

Par ailleurs, après discussion avec différents acteurs et réflexion associée, le projet a encore été adapté afin que les outils développés correspondent mieux aux réalités du terrain. Pour les adaptations spécifiques intervenues au cours du projet, vous pouvez consulter un tableau aux pages 14 à 16. L'essence de ce projet est de sensibiliser et de soutenir les acteurs de première ligne en ce qui concerne le thème du stress, du travail et de la réintégration au travail. La Direction de la réintégration au travail souhaitait moins se concentrer sur la mise en place d'un plan étape par étape « fixe », mais plutôt diffuser des connaissances générales, sensibiliser, soutenir et renforcer la collaboration autour de ce thème en première ligne. Étant donné la redondance des outils, il a été décidé de ne pas élaborer de modèle d'orientation , mais de proposer uniquement trois outils, à savoir : un module d'information, des intervisions multidisciplinaires et, par région pilote, une cellule de référence (binôme médecin généraliste et psychologue de première ligne).

Dans un premier temps, dans le cadre de la proposition de projet de la cellule stratégique, l'accent était uniquement mis sur la sélection d'un médecin de référence, dans le but d'offrir un soutien supplémentaire aux médecins généralistes participants. II a toutefois été décidé de sélectionner également un psychologue de référence par région pilote, compte tenu du thème des problèmes de santé liés au stress (santé mentale) ainsi que de l'implication des psychologues de première ligne participants dans ce projet. Enfin, il a été décidé de mettre en place un comité d'experts pour ce projet afin de garantir une qualité suffisante et de ne pas perdre l'expertise des candidats intéressés.

En raison de l'absence d'attribution du marché public, il a été décidé de poursuivre sans groupe de recherche et de se concentrer sur le développement des outils eux-mêmes. Afin d'associer malgré tout une évaluation à petite échelle au projet, des universités ont été contactées pour demander si des étudiants en master en psychologie ou en médecine générale souhaitaient consacrer leur mémoire à ce projet.

Après des discussions avec différentes universités, il a été convenu que deux étudiants néerlandophones en master de la faculté de psychologie de l'UGent consacreraient leur mémoire à l'évaluation du module d'information. À l'aide d'entretiens semi-structurés, ils ont étudié la perception des acteurs de première ligne néerlandophones à propos de cet outil. La participation aux entretiens était volontaire. Les étudiants ont été encadrés activement par Lanah Verbraeken, avec le Prof. Dr Vlerick (UGent) comme promoteur.

Ce projet pilote a nécessité un engagement important de la Direction de la réintégration au travail. Sans le soutien d'un groupe de recherche, tous les outils ont été développés et coordonnés en interne, en collaboration avec un grand nombre de partenaires. Le projet a marqué, pour le Service des indemnités, une première collaboration structurelle et intensive tant avec le Service des soins de santé de l'INAMI et le SPF Santé publique (équipe PPL) qu'avec le terrain lui-même via les médecins généralistes et les psychologues de première ligne. Pour le module d'information, une collaboration étroite a également été mise en place avec la SSMG, le service juridique de l'INAMI et le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

La combinaison de cette large collaboration, de la charge de préparation importante et des retards dus à l'absence d'attribution du marché public a fait en sorte que le projet a nécessité plus de temps de préparation que prévu initialement. Le tableau 1 fournira des précisions supplémentaires sur l'ensemble des actions gérées et réalisées par notre service dans le cadre du développement et du déroulement du projet.

Le tableau 1 fournira des précisions supplémentaires sur l'ensemble des actions coordonnées et réalisées par notre service dans le cadre du développement et du déroulement du projet.

Tableau 1 : Actions coordonnées et mises en œuvre par notre service : comparaison entre le protocole initial et le protocole actuel

OUTIL	DESCRIPTION	PROTOCOLE INITIAL	PROTOCOLE ACTUEL
MODÈLE D'ORIENTATION	Il s'agit du développement d'un modèle d'orientation « stress et travail » dans lequel des repères et des possibilités d'orientation pour la première ligne sont clarifiés	Développement par le groupe de recherche	Aucun modèle d'orientation « explicite » ne sera développé. Les éléments possibles d'accompagnement/suivi de l'assuré social seront intégrés dans le module d'information. Par exemple : collaboration avec des psychologues, contact avec le médecin conseil, contact avec le médecin du travail, orientation vers les services régionaux de l'emploi, orientation vers le programme de prévention du burn-out de FEDRIS, …
MODULE D'INFORMATION	Il s'agit du développement et de la mise en œuvre d'un module d'information sur la santé mentale et le travail. Concrètement, cela signifie la mise à disposition d'informations pratiques sur le thème de la santé mentale et du travail (emploi et réintégration), avec un accent sur des outils concrets, des possibilités de soutien et d'orientation.	Il s'agit de l'une des missions réalisées notamment en collaboration avec la SSMG. Cette mission est en grande partie indépendante de la désignation d'un groupe de recherche.	Cet élément est maintenu. À la demande des médecins généralistes, le module couvre non seulement le domaine du travail, mais aussi celui de la « santé mentale/stress ». Les médecins de référence et les psychologues de référence y seront impliqués.
CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE	Le développement d'une concertation multidisciplinaire autour du thème de la santé mentale et du travail, avec une implication minimale du médecin généraliste et du psychologue conventionné. Selon la localisation et les besoins spécifiques, certains	Il s'agit de l'une des missions réalisées notamment en collaboration avec la SSMG. Cette mission est en grande partie indépendante de la désignation d'un groupe de recherche.	Aucune modification.

	thèmes peuvent être mis en avant, par exemple des cas anonymisés, des bonnes pratiques ou des défis.		
MÉDECIN RÉFÉRENT STRESS EN TRAVAIL	Un médecin de référence « stress et travail » est un médecin qui s'engage, dans un lieu prédéfini (lié aux acteurs de première ligne), à jouer un rôle de « guide » pour les acteurs de première ligne dans le domaine du stress et du travail, en les soutenant et en leur fournissant des conseils lorsque cela est nécessaire. Il agit également comme intermédiaire entre la pratique et les autorités (contacts avec l'INAMI).	Le médecin de référence pour le parcours « stress et travail » avait pour objectif spécifique de guider les médecins généralistes participants et de les orienter dans ce projet pilote concret.	Le médecin de référence reste le point de contact pour les médecins en ce qui concerne le projet. Le service souhaite toutefois élargir la mission du médecin de référence à la suite des retours du terrain et des organisations professionnelles des psychologues et des médecins généralistes. Le médecin de référence doit également être un point de contact pour les questions de fond que les médecins se posent concernant les problèmes de santé liés au stress (« santé mentale et travail »). Ces éléments doivent être intégrés dans le module d'information. En outre, il nous a été recommandé de prévoir non seulement un médecin de référence, mais aussi un psychologue de référence. Ce dernier pourra répondre à des questions très spécifiques relevant de son domaine d'expertise. Les médecins indiquent qu'il est logique que le médecin et le psychologue accompagnent ce projet en binôme au niveau régional (= cellule de référence).

				Plus loin dans la note, nous recommanderons également la création d'un comité d'experts.
EVALUATION	Évaluation qualitative de la valeur ajoutée des outils développés dans le cadre de ce projet pour les médecins généralistes et les psychologues conventionnés participants.	Réalisation par un groupe de recherche.		L'évaluation sera effectuée via des mémoires de master. Voir plus loin dans la note pour l'état des lieux. Nous avons reçu une demande spontanée d'une étudiante de la faculté de médecine générale (ULB) (via la SSMG) pour réaliser son mémoire sur ce projet. Par ailleurs, un appel a également été lancé auprès des facultés de psychologie et de médecine générale des universités néerlandophones. Deux étudiants issus des filières de psychologie clinique et de psychologie du travail de l'Université de Gand ont choisi ce projet comme sujet. Le Professeur Vlerick (consortium de formation DM) veillera à la qualité scientifique du travail.

3.1.1. Sélection du médecin de référence et du psychologue de référence

Un outil important dans ce projet était la cellule de référence (binôme médecin de référence – psychologue). Cette cellule de référence, une par région pilote (6 personnes au total), a été sélectionnée par l'INAMI. À cette fin, des critères auxquels la cellule devait répondre ont été définis au préalable. Ces critères ont également été validés par les organisations professionnelles SSMG et Domus Medica. Sur la base de critères prédéfinis, un médecin généraliste et un psychologue de première ligne ont été sélectionnés par région pilote, à savoir ceux ayant obtenu le meilleur score selon ces critères, la motivation étant le facteur le plus déterminant.

Vous trouverez ci-dessous les critères décrits :

1. Diplôme et expérience
   - ➔ Diplôme en médecine générale ou diplôme de master en psychologie clinique.
   - ➔ Motivation et intérêt pour le domaine « santé mentale et travail ».
   - ➔ Être actif en médecine générale (au minimum à mi-temps) ou actif dans le domaine de la psychologie clinique. Le psychologue clinicien travaille de préférence au moins à 25 % dans le cadre de la convention de soins psychologiques de première ligne.
   - ➔ Une expérience professionnelle significative permettant de conseiller et d'accompagner les médecins collègues et les autres acteurs de première ligne.
   - ➔ Avoir une compréhension approfondie des problématiques liées à la santé mentale et au travail (notamment le stress au travail et les risques psychosociaux).
   - ➔ La connaissance des bonnes pratiques en matière de prévention, de stratégies et d'interventions psychologiques dans la gestion du stress lié au bien-être au travail et/ou à l'incapacité de travail et à la réintégration constitue un atout.
   - ➔ Capacité à adopter une approche contextuelle et à en tenir compte.

2. Excellentes compétences en communication
   - ➔ Capacité à communiquer efficacement avec les collègues et les autres professionnels de santé afin de mettre en évidence la problématique du stress et du travail et de fournir des conseils pertinents.

3. Capacité à travailler en équipe
   - ➔ Capacité à collaborer avec d'autres professionnels de santé tels que psychologues, infirmiers, médecins-conseils, etc., ainsi qu'avec les parties prenantes importantes du projet.

4. Formation et enseignement
   - ➔ Capacité à organiser et à dispenser des formations, des ateliers ou des présentations éducatives destinées aux professionnels de la santé.
5. Leidership et coaching
   - ➔ Capacité à assumer un rôle de leadership en encourageant l'application des bonnes pratiques en matière de gestion du stress et en accompagnant d'autres prestataires de soins dans ce projet.

6. Réseautage et collaboration
    ➔ Connaissance des différents réseaux de soins (notamment les réseaux de santé mentale) et des initiatives en matière de soutien psychologique.

7. Confidentialité et éthique
    ➔ Capacité à établir une relation de confiance avec l'ensemble des parties prenantes et à garantir le strict respect du secret professionnel.

8. Capacité de résolution de problèmes
    ➔ La capacité à identifier et à résoudre de manière proactive les problèmes au sein de l'équipe est essentielle pour la réussite du projet pilote

9. Engagement en faveur de l'amélioration continue
    ➔ Démontrer une volonté d'améliorer en continu les pratiques dans le domaine du stress et du travail

10. Temps consacré
    ➔ S'engager à consacrer 4 heures par semaine (82 €/heure) à ce projet pilote.

Afin d'évaluer les candidats au regard des critères susmentionnés, un appel a été lancé. Cet appel a été diffusé via des canaux prédéfinis :

- Médecins généralistes : via la newsletter de Domus Medica et de la SSMG. La SSMG a également envoyé un mail spécifique à cet effet. Pour les médecins généralistes néerlandophones, un mail général a également été envoyé via Digidid (envoi de masse, INAMI).
- Psychologues : via le coordinateur local des réseaux de santé mentale, l'appel a été envoyé à tous les psychologues de première ligne au sein du réseau concerné.

Sur la base des acteurs de première ligne intéressés répondant aux critères définis, des candidats ont été invités à un entretien afin de mieux connaître les médecins et psychologues intéressés et d'évaluer plus en détail leur profil au regard des critères établis.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de candidats intéressés ayant répondu à l'appel.

Tableau 2 : Nombre de médecins généralistes/psychologues intéressés

Nombre de médecins généralistes candidats intéressés **(NL)**	20
Nombre de psychologues candidats intéressés **(NL)**	5
Nombre de médecins généralistes candidats intéressés **(FR)**	19
Nombre de psychologues candidats intéressés **(FR)**	15

Un élément important pour expliquer la différence entre le nombre de psychologues et de médecins généralistes intéressés réside dans le processus suivi au sein du projet. Celui-ci a débuté par l'identification de médecins de référence dans trois régions pilotes (une en Flandre, une à Bruxelles et une en Wallonie). Étant donné que les régions du projet ont été déterminées sur la base des médecins de référence sélectionnés, la marge pour lancer ensuite un appel à des psychologues de référence était plus limitée. En effet, un psychologue de référence actif dans la même région que le médecin de référence était spécifiquement recherché.

La région dans laquelle le projet a été déployé a été définie par le réseau de santé mentale auquel appartenait le lieu d'activité du médecin de référence. Cela explique pourquoi le nombre de psychologues candidats est logiquement inférieur à celui des médecins généralistes candidats, étant donné que l'appel aux psychologues se limitait à trois réseaux de santé mentale répartis en Belgique.

Comme le montre le tableau 2, nous observons en outre une valeur atypique dans le nombre plus faible de psychologues néerlandophones intéressés. Outre quelques raisons pratiques, telles que le délai limité, ce nombre plus faible de psychologues néerlandophones intéressés n'est pas anormal au vu du contexte. Nous recherchions des candidats dans trois régions pilotes : le Brabant flamand Est, Bruxelles et Liège. Outre Liège, le nombre de professionnels de soins francophones à Bruxelles est nettement plus élevé. Cela explique pourquoi davantage de candidats francophones ont manifesté leur intérêt que de candidats néerlandophones. Cette réalité démographique linguistique influence directement le nombre de candidats intéressés. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une question d'intérêt, mais aussi de disponibilité au sein des régions cibles. Il est important de tenir compte de ce contexte lors de l'interprétation des chiffres, afin que cette différence ne soit pas perçue comme un manque d'implication néerlandophone, mais comme une conséquence logique de la structure du projet et de la répartition régionale. Afin de trouver davantage de candidats néerlandophones, le Service a étroitement collaboré avec le coordinateur local du réseau de santé mentale Diletti, qui a lancé trois appels distincts. Notre médecin de référence a également mobilisé son réseau à cet effet. Finalement, un candidat de qualité et motivé a été trouvé.

Un score a été attribué aux différents candidats et, sur cette base, un choix a été effectué pour le psychologue de référence et le médecin de référence dans chaque région pilote. Le nombre final de médecins et de psychologues de référence s'élève ainsi à six au total : trois médecins de référence et trois psychologues de référence.

3.1.2. Sélection du comité d'experts

Étant donné le grand nombre de candidats intéressants pour la sélection d'un médecin de référence et d'un psychologue de référence, le choix ne fut pas évident. Afin d'éviter autant que possible la perte d'expertise et de garantir la qualité du projet, il a été décidé de constituer un comité d'experts (par rôle linguistique) composé de trois médecins généralistes et de trois psychologues/psychiatres, qui servent de groupe de réflexion pour la cellule de référence et l'INAMI dans le cadre du projet.

Un marché public de faible montant a été établi à cet effet. Les candidats correspondant à nos critères, identifiés après une recherche interne, ont été contactés par e-mail afin de vérifier leur intérêt pour ce rôle. Tous les candidats contactés ont marqué leur intérêt et ont confirmé leur participation au comité d'experts. Finalement, l'un de ces candidats a toutefois annulé sa participation au comité en raison d'une charge de travail professionnelle trop importante.

Le résultat final est le suivant :

- Comité d'experts NL : 2 psychologues cliniciens, 1 psychiatre et 3 médecins généralistes
- Comité d'experts FR : 3 psychologues cliniciens et 2 médecins généralistes

3.1.3. Sélection des psychologues de première ligne et des médecins généralistes

Dans le cadre de la participation au projet, un appel a enfin été lancé auprès des acteurs de première ligne, à savoir les médecins généralistes et les psychologues de première ligne. Ces participants devaient utiliser les

outils (à savoir : suivre le module d'information, participer à des intervisions multidisciplinaires et pouvoir faire appel à la cellule de référence) et en évaluer la pertinence dans leur pratique quotidienne.

Étant donné qu'ils testent les outils dans la pratique, les critères étaient moins stricts que pour l'appel visant à trouver un psychologue et un médecin de référence. Il n'y avait que trois conditions importantes :

1) la motivation à participer,
2) exercer effectivement en tant que médecin généraliste / psychologue de première ligne dans le cadre de la convention INAMI,
3) être actif dans la zone pilote où le projet est déployé, délimitée par trois réseaux de santé mentale : le réseau Diletti (Brabant flamand Est), le réseau Fusion Liège (Liège) et le réseau BRUMENTA (Bruxelles).

Un appel a été diffusé via Google Forms et relayé par les canaux existants de Domus Medica et de la SSMG, par les réseaux de santé mentale concernés, via une publication sur les réseaux sociaux de l'INAMI avec un lien vers le site web de l'INAMI, via Digidid (mail envoyé directement vers les médecins généralistes) ainsi qu'une diffusion au sein de chacun des réseaux des cellules de référence.À Bruxelles et à Liège, le recrutement de psychologues de première ligne et de médecins généralistes s'est déroulé sans difficulté.

Le recrutement de médecins généralistes et de psychologues de première ligne néerlandophones a présenté certains défis (Brabant flamand Est). Dans une première phase, il s'est avéré plus difficile d'atteindre les psychologues de première ligne que les médecins généralistes. À cet effet, une collaboration a été établie avec le coordinateur local du réseau Diletti. Deux rappels ont été envoyés à l'ensemble des psychologues de première ligne du réseau de santé mentale concerné. Grâce à cette approche, un nombre satisfaisant de psychologues a manifesté son intérêt pour participer.

Comme un déséquilibre s'est créé entre le nombre de psychologues et de médecins généralistes, un appel complémentaire a été lancé dans une deuxième phase via Digidid (mailing direct). Grâce à ces actions combinées, nous avons atteint un total de 10 médecins généralistes et 11 psychologues de première ligne dans le Brabant flamand Est.

Au lancement du projet en septembre 2025, nous avons toutefois dû faire face au fait que plusieurs médecins généralistes se sont retirés du projet en raison de l'augmentation de leur charge de travail. Cela s'est surtout ressenti dans le projet pilote en Flandre. Le nombre de médecins généralistes néerlandophones participants a donc diminué pour atteindre 5 participants. Compte tenu du contexte, des efforts déjà entrepris et de la période chargée à l'automne (notamment les campagnes de vaccination), il a été décidé de ne pas lancer de troisième appel. Le médecin de référence pour le Brabant flamand Est a encore effectué des démarches supplémentaires via son réseau et les réseaux sociaux, mais celles-ci n'ont pas donné de résultats.

En novembre 2025, deux médecins en formation ont finalement pu être ajoutés au projet, étant rattachés au cabinet du médecin de référence du Brabant flamand Est. Le nombre total de médecins généralistes néerlandophones participants s'est ainsi élevé à 7.

Le tableau 3 présente le résultat final des différents appels.

Tableau 3: Nombre des médecins et psychologues participants par région pilote

Nombre médecins Brabant Flamand Est	7 (incl. 2médecins en formation)

Nombre psychologues Brabant Flamand Est	12
Nombre médecins Bruxelles	13
Nombre psychologues Bruxelles	20
Nombre médecins Liège	8
Nombre psychologues Liège	12

Ce « chiffre final » est approximatif, car il n'a pas été simple, du point de vue de l'INAMI, de coordonner le suivi et l'interprétation des cas où un acteur de première ligne pouvait être considéré comme « participant ». Ce nombre inclut les acteurs de première ligne ayant signé le document RGPD, ayant pris contact avec la cellule de référence ou l'INAMI, ayant participé au webinaire (en direct ou en différé), ou ayant pris part à une ou plusieurs intervisions. Par ailleurs, certaines personnes ont encore manifesté tardivement leur intérêt pour le projet, comme deux psychologues de première ligne du Brabant flamand Est.

Pour une description plus détaillée du profil des participants intéressés, nous vous renvoyons à la page 24.

3.1.4. Développement du module d'information

Avant le lancement effectif du développement, une phase exploratoire a été réalisée, comprenant notamment une analyse des matériaux pertinents ainsi que des échanges avec les parties prenantes concernées. Par la suite, la SSMG a développé le module d'information en collaboration avec l'INAMI ainsi qu'un médecin du travail, un médecin conseil et les cellules de référence. Cela a également impliqué l'intégration des retours de l'INAMI tout au long des différentes phases de développement. En outre, des retours et remarques ont été collectés auprès de différents partenaires, dont des experts du comité d'experts et de l'équipe santé mentale (SPF Santé publique & Service des soins de santé de l'INAMI).

Après validation interne, cette présentation powerpoint a été transformée en webinaire. Le format du webinaire était pertinent, car il permettait de proposer un enregistrement aux participants indisponibles à ce moment-là. Par ailleurs, le délai limité ne permettait pas de mettre en place un autre format. Lors des deux webinaires (NL – FR), les cellules de référence ont assuré la première partie de la présentation, tandis qu'un médecin conseil et un médecin du travail ont présenté le volet législatif. Afin de trouver un médecin du travail et un médecin conseil, un appel a été lancé par l'INAMI, d'une part auprès des services externes de prévention, et d'autre part auprès des directions médicales des organismes assureurs. Après plusieurs échanges par e-mail, un médecin du travail et un médecin conseil ont été sélectionnés. Afin de préparer le webinaire en profondeur, plusieurs réunions de concertation ont été organisées avec les intervenants. Ceux-ci ont pu, si nécessaire, apporter encore des ajustements mineurs afin d'adhérer pleinement au contenu présenté.

3.1.5. Développement des intervisions multidisciplinaires

Le contenu et les objectifs des intervisions ont été définis par l'INAMI, après réception des retours de la SSMG et des cellules de référence. À ce sujet, un cadre a également été élaboré en collaboration avec les cellules de référence, précisant les objectifs, le nombre, la fréquence, la durée et le contenu des intervisions ainsi que d'autres informations pratiques. Ce cadre a été personnalisé pour chaque région pilote. Par la suite, les cellules de référence ont pris en charge la direction, la gestion et l'organisation pratique des intervisions.

Les premières intervisions ont débuté dans les trois régions pilotes après le déploiement du module d'information. L'INAMI a préparé, si nécessaire, les intervisions en collaboration avec les cellules de référence et, après chaque session, un retour d'information était assuré par les cellules de référence à destination de l'INAMI.

En outre, dans ce cadre, il était essentiel que, lors des intervisions, des membres ad hoc soient présents en fonction des objectifs concrets. À cette fin, sur base du même appel que celui lancé pour recruter un médecin conseil et un médecin du travail pour le webinaire, les services externes de prévention et les directions médicales des organismes assureurs ont également été sollicités afin de trouver des médecins-conseils, des médecins du travail, des conseillers en prévention aspects psychosociaux (CPAP) et des coordinateurs retour au travail pour participer aux intervisions. Malgré ces appels, plusieurs rappels ont été nécessaires avant de pouvoir identifier, pour chaque région pilote, un médecin du travail, un conseiller en prévention aspects psychosociaux, un médecin conseil et un coordinateur retour au travail. Dans le Brabant Flamand Est, un jobcoach a également été ajouté à l'une des intervisions, notamment à la demande de la cellule de référence. Ce jobcoach était également reconnu par l'INAMI comme prestataire de services dans le cadre du Fonds retour au travail.

3.1.6. Prise de contact avec la cellule de référence

Les participants pouvaient, tout au long du projet, contacter la cellule de référence pour des questions (pratiques) ou pour obtenir un soutien dans certains cas. À cet effet, un document a été élaboré par l'INAMI, dans lequel les cellules de référence ont complété les modalités de prise de contact. Une collaboration étroite avec les cellules de référence a été mise en place à cette fin. Ce document a ensuite été transmis à l'ensemble des participants. Des réunions mensuelles ont été prévues avec la cellule de référence afin d'assurer le retour d'informations et la préparation.

4. Évaluation du processus

Cette évaluation du processus se concentre sur la manière dont le projet a été conçu et exécuté, avec une attention particulière portée à la mobilisation des ressources humaines, à la planification et à l'organisation pratique. Les résultats de fond et les chiffres de participation ont déjà été présentés dans les chapitres précédents.

4.1. Mobilisation des ressources humaines et rôles

Le projet pilote a été coordonné et développé par la Direction de la réintégration au travail de l'INAMI, en étroite collaboration avec divers partenaires. Cela a nécessité un investissement important aussi bien d'un point de vue stratégique que d'un point de vue de coordination et opérationnel, et a donc eu un impact considérable sur la charge de travail du service concerné.

4.2. Collaboration et co-construction

Le projet s'est fortement appuyé sur une approche de co-construction, dans laquelle les outils développés ont été élaborés en collaboration avec des médecins généralistes et des psychologues de première ligne issus du terrain. Par ailleurs, des retours ont été systématiquement collectés auprès de différents partenaires. Cette approche a permis d'assurer la pertinence du contenu et l'adhésion, mais a également nécessité un investissement supplémentaire important en concertation, coordination et suivi.

La collaboration avec divers partenaires a apporté une réelle valeur ajoutée, mais a également posé des défis. Les différences d'attentes, de rythme et de disponibilité ont conduit à une coordination intensive, à des contacts répétés et, dans certains cas, à des activités de médiation. Tous les acteurs impliqués n'ont pas réagi en temps utile ou n'ont pas pu fournir les contributions demandées, ce qui a compliqué la planification et la mise en œuvre. La mise en place d'une structure de collaboration fonctionnelle a dès lors pris plus de temps que prévu initialement.

4.2.1. Rôles et collaboration sur le terrain

Dans le cadre du projet, des zones d'ombre ont également été constatées en ce qui concerne la délimitation des rôles et les attentes entre les différentes disciplines impliquées en première ligne. Cela s'est notamment manifesté dans la collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues de première ligne. Bien que la collaboration avec les cellules de référence ait généralement été perçue comme très constructive, des problèmes de collaboration plus marqués et complexes sont apparus à Bruxelles entre le médecin et le psychologue en tant que duo. Ces problèmes n'étaient pas liés à la région en tant que telle, mais relevaient de la relation de travail et de l'alignement des visions entre le médecin et le psychologue concernés. Cette situation a rendu plus difficile le suivi précis des dynamiques et de l'évolution au sein de cette région. L'implication de membres ad hoc, tels que les coordinateurs retour au travail, les médecins conseils, les médecins du travail et les conseillers en prévention aspects psychosociaux, s'est révélée exigeante en termes de ressources. Malgré des appels répétés, plusieurs relances ont été nécessaires avant de pouvoir trouver les profils requis par région pilote. Cela souligne l'importance des compétences de médiation dans ce projet et met en évidence, en parallèle, des limites structurelles en termes de disponibilité et de capacité chez ces acteurs.

4.3. Planification et faisabilité

En ce qui concerne le calendrier, il a été constaté que le lancement de certaines composantes du projet en septembre 2025 correspondait moins bien à la réalité de ce qui se passe au sein des cabinets de médecine générale à cette période de l'année. Un démarrage au printemps (par exemple en avril) aurait sans doute été mieux adapté à leur disponibilité. Ce constat soulève des questions plus larges quant à la manière optimale d'atteindre et d'impliquer les acteurs de première ligne.

La charge de travail au sein du projet était élevée et, à certaines phases, difficilement compatible avec les ressources disponibles. Une partie de cette charge est inhérente au caractère pilote du projet, dans lequel les processus, structures et formes de collaboration ont dû être largement développés et ajustés au fur et à

mesure. Par ailleurs, il n'a pas été possible de collaborer avec un groupe de recherche, ce qui a encore accru la charge de travail. Malgré les difficultés mises en évidence, il est bon de constater que le projet a suscité un niveau élevé d'engagement et d'intérêt parmi les médecins généralistes et les psychologues de première ligne participants. En même temps, cette évaluation du processus montre que la clarification des rôles, une planification réaliste, une capacité de coordination suffisante et un soutien structurel constituent des conditions essentielles pour un ancrage durable et une éventuelle mise à échelle de ce type de projets.

5. Caractéristiques des participants

Dans ce paragraphe, les caractéristiques des différents médecins généralistes et psychologues de première ligne participants seront présentées. Cela peut fournir des observations utiles, permettant d'établir, avec une certaine prudence, des liens entre les différents paramètres.

Dans le cadre des analyses ci-dessous, il convient de préciser que tous les participants repris dans les chiffres n'ont pas été actifs à chaque moment ni pour tous les outils. En outre, le service ne dispose pas d'informations sur les personnes ayant visionné ou non l'enregistrement du webinaire par la suite. Par ailleurs, certains participants n'ont pas renvoyé le document RGPD signé malgré plusieurs rappels, même s'ils ont, dans certains cas, participé à l'utilisation des outils. D'autres participants ont initialement donné leur accord de participation et signé le document RGPD, mais n'ont ensuite plus donné de nouvelles, malgré plusieurs rappels. Cela a compliqué la collaboration à certains moments et n'a pas toujours permis de maintenir une vue précise du nombre réel de participants actifs. Ce problème s'est présenté dans les deux rôles linguistiques, mais était plus fréquent dans la partie francophone du projet, en raison du nombre plus élevé de participants francophones.

5.1. Sexe - discipline

Vous trouverez ci-dessous le tableau 5, qui présente la répartition par sexe pour chaque discipline participante.

Tableau 4: Nombre de participants suivant le sexe et la discipline

Sexe	Nombre par discipline
Médecin	**24**
Femme	21
Homme	3
Psychologue	**45**
Femme	41
Homme	4
Total final	**69**

Ce tableau montre que, tant chez les psychologues que chez les médecins généralistes, la majorité des participants sont des femmes. Cette différence est marquée dans les deux groupes professionnels. Une explication possible est la surreprésentation des femmes dans ces deux professions. Ainsi, l'accès à la formation en psychologie clinique est depuis des années majoritairement féminin, et la féminisation de la médecine générale est également un phénomène bien connu. Par ailleurs, certaines études suggèrent que les prestataires de soins féminins montrent en moyenne un intérêt plus marqué pour les thématiques liées à la

santé mentale et au bien-être, ce qui pourrait également expliquer la participation plus élevée à ce projet spécifique. Il s'agit toutefois d'hypothèses ; une analyse approfondie dépasse le cadre de ce projet.

5.2. Milieu rural – milieu urbain

Vous trouverez ci-dessous le tableau 6, qui présente, pour chaque discipline participante, la répartition entre milieu rural et milieu urbain.

Tableau 5 : Nombre de participants par milieu rural – milieu urbain et par discipline

Milieu rural – milieu urbain	Nombre par discipline
Médecin	**24**
Milieu rural	6
Milieu urbain	18
Psychologue	**45**
Combinaison	5
Milieu rural	17
Milieu urbain	23
Total final	**69**

La participation des acteurs de première ligne au projet varie selon le contexte géographique. Ce tableau montre qu'une grande partie des participants travaillent plutôt en milieu urbain qu'en milieu rural. Cinq psychologues de première ligne ont indiqué travailler dans une « combinaison » des deux. Une nuance importante est que Bruxelles est fortement urbanisée et que, c'est dans cette région pilote que le plus grand nombre d'acteurs de première ligne participent au projet. Cela peut en partie expliquer la différence observée. Dans les zones urbaines, la présence de prestataires de soins est plus importante et les réseaux y sont davantage établis, ce qui facilite généralement la participation. À l'inverse, dans les zones rurales, l'offre est plus limitée et des facteurs tels que la distance et la charge de travail jouent un rôle plus important, ce qui peut compliquer la participation.

5.3. Type de pratique

Vous trouverez ci-dessous deux tableaux, les tableaux 7 et 8, dans lesquels une distinction est faite, pour chaque discipline participante, selon le type de pratique dans lequel l'acteur de première ligne travaille ainsi que les types de lieux d'activité. De nombreux participants, principalement des psychologues de première ligne, travaillent dans plusieurs (types de) pratiques. Cela explique pourquoi le nombre est plus élevé ici.

Tableau 6 : Nombre de participants selon le type de lieu de pratique et la discipline

Nombre de type de lieu de pratique			
Cabinet de médecine générale privé	16	40	20
Cabinet paramédical privé	2	10	12
Cabinet de psychologie privé		27	27
Centre ambulatoire multidisciplinaire lié à un hôpital		1	13
Lieu d'accroche		13	13
Maison médicale/centre de santé de quartier (système forfaitaire)	7	8	15

Autres : Maison de repos		1	1
Structure hospitalière		1	1
Total final de type de lieu de pratique	**25**	**65**	**90**

La majorité des médecins généralistes travaillent dans un cabinet de médecine générale privé (N = 16), tout comme environ quatre psychologues. Une comparaison similaire peut être faite pour les psychologues participants, dont la majorité travaille dans un cabinet de psychologie privé (N = 27). En outre, on peut observer qu'une autre part importante des médecins généralistes et des psychologues travaille dans une maison médicale / un centre de santé de quartier (N = 15). Il apparaît que davantage de médecins généralistes que de psychologues y travaillent, bien que trois psychologues indiquent également ce type de lieu d'activité (maison médicale ou un type spécifique de maison médicale, à savoir un centre intégré de bien-être et de santé). Chez les psychologues, un troisième groupe important correspond à ceux qui travaillent dans un lieu d'activité. Dans le tableau 8 ci-dessous, vous trouverez une concrétisation de ce type de lieu d'accroche précisés par les psychologues participants sous la rubrique « Autre ». Un quatrième groupe important de psychologues travaille dans des cabinets paramédicaux privés (N = 10). Ces chiffres sont nettement plus faibles chez les médecins généralistes, avec seulement deux participants. Dans une moindre mesure et uniquement chez les psychologues, certains participants travaillent également dans un centre ambulatoire multidisciplinaire lié à un hôpital (N = 1), une maison de repos (N = 1) et une structure hospitalière (N = 1).

Tableau 7 : Nombre de psychologues par type de lieux d'accroche

Type de lieu d'accroche	Total final
Cabine de médecine générale	2
Collaboration avec le projet de Cohésion Sociale de Neder-Over-Heembeek et l'asbl Projet Versailles - FR (Samenwerking met het project Sociale Cohesie van Neder-Over-Heembeek en vzw Project Versailles)	1
(Association Ancre des Familles) (Vereniging Verankering van families)	1
La Source (De Bron)	1
La Mission locale pour l'emploi - FR (De lokale missie voor werk)	1
Imagine 1080 – FR (Verbeelding 1080)	1
La Commune – FR (De Gemeente)	1
(Association pour les familles vulnérables, familles monoparentales, personnes en situation précaire, etc. (non spécifié) (Vereniging voor kwetsbare gezinnen, eenoudergezinnen, mensen in precaire situaties, enz. (niet-gespecifieerd))	1
Espace Santé Famille – FR (Gezondheidsruimte voor gezinnen)	1
Centre intégré de bien-être et de santé (Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidscentrum)	2
Service d'insertion sociale et professionnelle CPAS (Dienst voor sociale en professionele integratie OCMW)	1
Centre de jour (Dagcentrum)	1
Centre d'action sociale générale (Centrum Algemeen Welzijnswerk)	1
Maison de quartier (Buurthuis)	1
Groupe de soins Alexiens (Zorggroep Alexianen)	1

Les types de lieux d'accroche où travaillent les psychologues de première ligne participants sont très variés. Les lieux d'accroches sont répertoriés dans le tableau 7 . Un lieu d'accroche est un endroit où le public cible se rend et où les besoins en matière de soins de santé mentale peuvent être détectés et signalés.

Par ailleurs, deux lieux d'accroche importants méritent une attention particulière :

- Le cabinet de médecine générale : il s'agit d'un lieu d'accroche pertinent et important. Plus précisément, dans le cadre du projet, ces lieux comprennent à la fois des cabinets privés de médecine générale et des maisons médicales. Il s'agit d'un lieu d'accroche très important qui doit être fortement encouragé, car le cabinet de médecine générale constitue souvent un premier point de contact, y compris pour les problèmes de santé mentale. Cela rend donc le service aux soins beaucoup plus accessible. Outre les psychologues de première ligne qui exercent au sein d'un cabinet de médecine générale (N = 3), certains psychologues de première ligne indiquent qu'ils travaillent dans un cabinet de médecine générale (N = 6), mais pas en tant que lieu d'accroche.
- Service d'intégration sociale et professionnelle (SIP) : depuis 2002, l'intégration sociale et professionnelle fait partie des missions obligatoires des CPAS. Le travailleur social du service SIP a pour mission d'accompagner les bénéficiaires dans leur réintégration sur le marché du travail en les aidant à identifier leurs besoins, leurs obstacles et leurs compétences, mais aussi en mettant en place un projet d'intégration. Le fait que le SIP soit utilisé comme lieu d'accroche par un psychologue de première ligne s'inscrit pleinement dans l'objectif de la politique visant à renforcer le travail de proximité dans le cadre de la convention de psychologie de première ligne et à développer davantage de passerelles avec le domaine du travail.

5.4. Expérience

Vous trouverez ci-dessous le tableau 8, qui présente le nombre d'années d'expérience des participants.

Tableau 8 : Nombre de participants en fonction du nombre d'années d'expérience

Expérience	Nombre de participants par expérience
<1 an	2
Entre 1 et 5 ans	17
Entre 5 et 10 ans	13
Entre 10 et 15 ans	11
Entre 15 et 20 ans	7
Entre 20 et 25 ans	9
Entre 25 et 30 ans	5
Entre 30 et 35 ans	2
Entre 35 et 40 ans	2
> 40 ans	1
Total final	**69**

Le plus grand groupe de participants dispose de 1 à 5 ans d'expérience en tant que médecin généraliste ou psychologue de première ligne (N = 17). Les groupes ayant entre 5 et 10 ans (N = 13) et entre 10 et 15 ans

d'expérience (N = 11) sont également les plus représentés. Les chiffres permettent d'interpréter que toutes les tranches d'âge ont souhaité participer au projet, mais que les générations plus jeunes semblent néanmoins en avoir davantage besoin. La surreprésentation des prestataires de soins ayant entre 1 et 5 ans d'expérience peut indiquer qu'ils ont davantage besoin de soutien et d'outils concernant les problématiques de santé mentale liées au travail. Les professionnels plus jeunes sont par ailleurs souvent plus familiers avec des thématiques telles que la santé mentale, les risques psychosociaux et la collaboration multidisciplinaire, qui font aujourd'hui l'objet d'une attention accrue dans les formations et le débat sociétal. En outre, les motivations montrent que certains sont également personnellement confrontés à cette problématique. Chez les prestataires plus expérimentés, une formation antérieure sur le sujet ou un manque de temps (pratique plus chargée) peuvent jouer un rôle. Ces explications restent toutefois des hypothèses.

5.5. Collaboration existante

Tableau 9 : Nombre de participants selon l'acteur de collaboration

Nombre de collaboration	Médecin	Psychologue	Total final
Jobcoach	7	10	17
Conseiller en prévention des aspects psychosociaux (CPAP)		1	1
Coordinateur retour au travail (Creat)	2	6	9
Médecin conseil (MC)	3	4	15
Médecin du travail (MT)	6	7	23
Médecin généraliste (MG)	27	47	74
Autre: Agent d'acceuil	1		1
Autre: Action en Milieu Ouvert (AMO)		1	1
Autre : Travailleur social	4	4	8
Autre : Autres prestataires de soins	2	4	8
Autre: Centre d'aide sociale générale		1	1
Autre: Centres psycho-médico-sociaux		1	1
Autre: Collègues psychologues au sein des cabinets, thérapeutes axés sur le corps et thérapeutes par la parole		1	1
Autre: CPAS (Centre Public d'Action Sociale)		2	2
Autre: Dentiste	1		1
Autre : Diététicien	2	1	4
Autre : Éducateur		1	1
Autre : Équipe mobile		2	2
Autre: Ergothérapeute		1	1
Autre : Expert de terrain		2	2
Autre : Infirmier	7	3	11
Autre: Kinésithérapeute	8	3	12
Autre : Logopède	1	1	2
Autre: Mutualitée		1	1
Autre : Orthopédagogue	1		1
Autre : Psychiatre	1	4	7
Autre : Psychologue non conventionné		1	1

Autre : Personne de seconde ligne	1		1
Autre : Sage-femme	1		1
Aucune collaboration		1	1
Aucune collaboration avec d'autres professionnels, mais bien des échanges d'informations		1	1
Psychologue de première ligne	16	31	69
Psychologue du travail		1	1
Total final	**81**	**131**	**212**

Le tableau 9 présente un aperçu des collaborations rapportées par 24 médecins généralistes et 45 psychologues avec d'autres acteurs. Les chiffres reflètent le nombre total de "mentions de collaboration" et non le nombre de relations de collaboration uniques. Un même répondant peut donc rapporter plusieurs collaborations. En outre, ces données doivent être interprétées avec prudence. Dans le cadre de notre intérêt pour la collaboration entre psychologues de première ligne et médecins généralistes, ainsi qu'avec les acteurs du domaine de la prévention et du travail, ces options ont été proposées comme choix de réponse. Les autres collaborations jugées pertinentes pouvaient être ajoutées sous la rubrique « autre ».

Au total, 81 collaborations ont été rapportées par les médecins généralistes et 131 par les psychologues. Relativement, les psychologues rapportent en moyenne davantage de collaborations par personne que les médecins généralistes. Les collaborations les plus fréquentes se situent au sein des soins de première ligne, en particulier entre médecins généralistes et psychologues (de première ligne). Néanmoins, le projet met en évidence que des difficultés de collaboration subsistent même à ce niveau. Par ailleurs, certains acteurs de première ligne collaborent déjà, de manière limitée, avec des acteurs du domaine du travail et de la réintégration tels que les médecins du travail, les médecins conseils, les coordinateurs retour au travail et les jobcoachs, bien que cela reste marginal.

Les signalements d'absence ou de faible collaboration sont rares, mais présents dans les réponses. Sept participants indiquent collaborer uniquement avec des médecins généralistes et avec aucun autre acteur. Un seul participant mentionne collaborer uniquement avec des psychologues de première ligne, et un autre uniquement avec des médecins généralistes et des psychologues de première ligne. Enfin, un seul participant indique ne collaborer avec aucun acteur.

En dehors de ces acteurs principaux, il existe des collaborations avec un large éventail d'acteurs du secteur des soins et du bien-être, bien que celles-ci soient moins fréquemment mentionnées. Cela reflète un réseau étendu mais partiellement fragmenté, dans lequel la collaboration et la communication apparaissent comme des éléments importants. Compte tenu de la portée de ce projet, il n'est toutefois pas anormal que les autres partenaires de collaboration ne soient pas détaillés de manière exhaustive.

5.6. Motivations pour la participation au projet

Les deux tableaux ci-dessous, le tableau 10 et le tableau 11, présentent un aperçu des motivations pour la participation au projet. Des catégories générales ont été créées afin de clarifier la synthèse des motivations.

De plus, des citations de participants ont été utilisées pour offrir un aperçu aussi détaillé que possible des motivations.

Tableau 10: Aperçu des catégories générales de motivations et explications correspondantes

Categories de motivations	Précision
1. Prévalence croissante des plaintes liées au stress et au burn-out dans la pratique	- De nombreux participants constatent une augmentation du nombre de patients souffrant de stress lié au travail, de surmenage, de burn-out ou d'incapacité de travail de longue durée. - Ils perçoivent cette problématique comme urgente et en progression.
2. Besoin de davantage d'outils, de méthodologies et de repères (fondés scientifiquement)	- Un fort sentiment de manque d'outils pratiques pour accompagner les patients. - Demande d'outils concrets et validés, de cadres et d'interventions efficaces. - Volonté d'agir de manière plus efficace et plus sûre dans des situations complexes.
3. Renforcement de l'expertise, des connaissances et du développement professionnel	- Volonté d'accroître ses compétences en matière de burn-out, de stress, de retour au travail, d'approche systémique et de réintégration. - Intérêt pour la formation continue, l'approfondissement, les nouvelles connaissances et les pratiques fondées sur des preuves.
4. Amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement	- Forte motivation à offrir un meilleur soutien aux patients. - Accent mis sur la qualité du suivi, le développement personnel des patients et une réintégration durable.
5. Collaboration multidisciplinaire et mise en réseau	- Grand intérêt pour la collaboration entre psychologues, médecins généralistes et acteurs du monde du travail et de la sécurité sociale - Besoin d'un cadre commun, d'une meilleure communication et d'une meilleure coordination. - Le projet est perçu comme une opportunité d'apprendre ensemble, de développer l'intervision et de rompre l'isolement professionnel.
6. Contribution au développement, au test ou à la co-création de nouveaux outils	- Envie de participer à la réflexion, de tester des instruments, de donner du feedback et de développer des innovations pertinentes pour la pratique. - Enthousiasme à l'idée de pouvoir utiliser directement ces outils avec leur public.
7. Lien avec l'expérience ou la spécialisation existante du participant	- Certains participants sont déjà spécialisés dans le burn-out, le stress, la réintégration ou la psychologie du travail. - Le projet s'inscrit dans leur pratique et offre des opportunités de professionnalisation supplémentaire.
8. Implication personnelle ou expérience vécue	- Certains participants ont eux-mêmes vécu un burn-out. - Cela renforce leur motivation à mieux accompagner les autres et à améliorer le système.
9. Vision systémique du travail, du stress et de la réintégration	- Forte attention portée à une approche globale et systémique (individu – organisation – société). - Importance d'une réintégration durable, du rythme du patient, du sens et des évolutions sociétales.
10. Volonté de contribuer à une amélioration sociétale et à un impact	- Souhait de contribuer à des environnements de travail plus sains, à de meilleurs processus de réintégration et à des solutions socialement pertinentes. - Conscience des limites des systèmes actuels.
11. Besoins pratiques : gestion de situations complexes et de longues listes d'attente	- Les médecins généralistes et les psychologues se sentent parfois insuffisamment outillés pour offrir un accompagnement adéquat dans l'intervalle.

	- Les outils sont perçus comme un soutien, en particulier en cas de longues listes d'attente chez les psychologues.

Tableau 11 : Aperçu des catégories associées aux citations des participants

Catégories des motivations	Exemples de citations des participants
1. Augmentation de la charge de cas liés au stress/burn-out	*"Je rencontre de plus en plus de patients vivant beaucoup de stress et en burn-out."* *"Ces deux dernières années, motif de consultation de plus en plus fréquent."*
2. Besoin d'outils et de repères	*"Besoin d'outils concrets, validés et adaptés."* *"Manque d'outils pour proposer aux patients."* *"Peu d'outils issus de la formation."*
3. Renforcement de l'expertise/des connaissances	*"Développer mon expertise face au burn-out et l'accompagnement au retour au travail."* *"À la recherche d'un approfondissement et de nouveaux éclairages."*
4. Amélioration de la qualité des soins	*"Améliorer la qualité des prises en charge."* *"Afin d'affiner et d'enrichir mon accompagnement."*
5. Collaboration multidisciplinaire et mise en réseau	*"Plaisir de travailler en réseau."* *"La collaboration directe entre psychologues, MG, mutuelles me semble très pertinente."* *"Favoriser une réflexion collective."*
6. Contribution au développement/test d'outils	"Tester des outils pour moi et plus tard pour les patients." *"Participer à la mise en œuvre d'outils pertinents."*
7. Lien avec l'expérience/la spécialisation personnelle	"Je coanime depuis 3 ans des séances sur l'épuisement professionnel." "Je suis déjà intervenant burnout pour Fedris."
8. Expérience personnelle du burn-out	*"Lors de mon activité salariée, j'ai vécu un burnout."* *"Je suis moi-même passé(e) par là."*
9. Intérêt pour une approche systémique	"Intérêt pour une approche systémique avec tous *les acteurs de première ligne."* *"Approche à plusieurs facteurs/niveaux*."
10. Impact sociétal et organisationnel	*"Problèmes structurels, harcèlement, manque de reconnaissance."* *"Besoin de meilleurs processus de réintégration dans la société."*
11. Besoin de soutien pour des cas complexes / listes d'attente	*"Souvent démunie face à la complexité."* *"Dans l'attente d'une aide psychologique, je souhaite disposer d'un cadre scientifique."*

6. Évaluation (du processus)

Cette évaluation de processus est basée sur des données recueillies lors de moments formels et informels de concertation et de collaboration avec les différents partenaires impliqués, notamment les cellules de référence, les acteurs de première ligne participants, le comité d'experts et les étudiants en master de psychologie. Les enseignements proviennent de deux sources : d'une part de l'INAMI, sur la base des expériences liées au développement et à la mise en œuvre du projet, et d'autre part des contributions des partenaires et des résultats des deux mémoires de master.

Ce qui suit présente les expériences, les facteurs de réussite, les défis et les obstacles, ainsi que les enseignements tirés et les recommandations pour l'avenir. Une distinction est faite, d'une part, entre les expériences au niveau des outils et de leur organisation, et d'autre part, les expériences au niveau des besoins sur le terrain.

Ci-dessous, une distinction est faite entre les « chiffres relatifs à la participation aux outils », les « expériences au niveau (de l'organisation) des outils » et les « expériences au niveau des besoins sur le terrain ».

6.1. Quelques chiffres concernant les outils de participation

Tableau 12 : Nombre de participants au webinaire (module d'information)

Langue du webinaire	Date	Nombre de psychologues	Nombre de médecins
NL	9 octobre – 13h-15h	10	6
FR	8 octobre – 14h-16h	30	12

Le webinaire a été le premier outil finalisé et organisé. La présentation a duré 2 heures et a été assurée par les cellules de référence impliquées, y compris un médecin du travail et un médecin conseil. Le powerpoint était une version abrégée en raison de la durée limitée. Les questions ont été collectées via le chat et traitées ensuite. Des accents spécifiques ont été mis lors de la présentation aux participants, en fonction de s'il s'agissait du webinaire néerlandophone ou francophone. Le tableau 12 présente le nombre de médecins généralistes et de psychologues de première ligne ayant pris part au module d'information. Du côté néerlandophone, 10 psychologues et 6 médecins généralistes ont participé. Du côté francophone, 30 psychologues et 12 médecins généralistes ont participé. La différence entre les deux groupes linguistiques s'explique par le fait qu'un plus grand nombre de participants francophones ont pris part au projet à Bruxelles. La version complète (c'est-à-dire non abrégée) du powerpoint a ensuite été envoyée à tous les participants, y compris l'enregistrement. Cet élément était particulièrement important pour les participants qui n'avaient pas pu être présents à ce moment-là, ainsi que pour certains qui souhaitaient encore rejoindre le projet peu après l'organisation du webinaire.

Le tableau 13, que vous trouverez à l'annexe B, présente le nombre de psychologues de première ligne et de médecins généralistes participants qui se sont engagés dans les intervisions. Ce nombre est présenté par région pilote, modalité, date de l'intervision et présence éventuelle de membres ad hoc (avec précision du type de membre ad hoc). Entre 5 et 8 intervisions ont été organisées selon la région pilote.

En Brabant flamand Est, 5 intervisions ont été organisées entre octobre 2025 et avril 2026. À Bruxelles, ce nombre s'élève à 8 intervisions, en raison de la division en deux groupes liée au nombre plus élevé de participants dans cette région pilote. Une intervision a été annulée en raison d'une grève. La première intervision a réuni l'ensemble des participants, puis les suivantes ont été organisées séparément, en deux groupes (à des moments différents). Finalement, cela ne s'est pas avéré nécessaire, car le nombre de participants à Bruxelles a diminué au fil du temps. À Liège, 8 intervisions ont été organisées, mais la dernière a été annulée en raison d'un problème de connexion avec Teams.

Le nombre de participants aux différentes intervisions varie entre 10 et 15, hors membres ad hoc. Au fil des intervisions, des membres ad hoc ont été invités à différents moments en fonction des objectifs des séances, tels qu'un médecin conseil, un médecin du travail, un coordinateur retour au travail, un conseiller en prévention aspects psychosociaux et un coach de carrière. Une observation issue des données est que, dans presque toutes les intervisions organisées, les psychologues étaient plus nombreux que les médecins généralistes.

Le tableau montre que le nombre de participants est globalement similaire dans les trois régions pilotes. Cela est remarquable, étant donné que le nombre de participants était moins élevé dans le Brabant flamand Est. Ces chiffres similaires invitent à réfléchir aux explications possibles de ce nombre (limité) de participants.

Parmi les facteurs évoqués figurent notamment : la charge de travail élevée en première ligne, des agendas souvent complets plusieurs mois à l'avance, des périodes de forte activité dans les cabinets, les moments et lieux choisis pour les intervisions, l'éventuelle (absence de) rémunération, l'engagement intensif requis (une réunion par mois), etc. Par ailleurs, des différences dans le degré d'implication ou de mobilisation autour de la thématique ont pu jouer un rôle Il est possible que, dans certains contextes, le sujet ait davantage interpellé le public cible, ce qui a pu renforcer sa volonté de participer. Ces explications restent toutefois hypothétiques.

Le tableau 14 présente quelques thématiques abordées par e-mail dans le cadre des contacts avec la cellule de référence. Ces prises de contact ont principalement servi à soumettre des cas pour les intervisions ou à poser des questions spécifiques liées à l'organisation pratique des intervisions. En Flandre, 7 contacts ont été établis avec la cellule de référence, par 5 médecins et 2 psychologues. À Liège, en dehors des contacts liés à l'organisation des intervisions, aucun contact direct n'a eu lieu par e-mail ou par téléphone. Toutefois, lors d'une intervision destinée au médecin conseil, 4 questions ont été traitées. À Bruxelles, 7 psychologues et 3 médecins ont pris contact avec la cellule de référence, en plus des échanges liés à l'organisation des intervisions. Le groupe a également formulé 10 questions lors d'une intervision afin de les transmettre au coordinateur retour au travail.

Tableau 14: Thèmes et questions soulevées lors de la prise de contact avec la cellule de référence

Thème	Question
Gestion de l'incapacité de travail par le médecin généraliste	Évaluation de l'incapacité de travail (quand la maintenir vs. quand y mettre fin) ; gestion des incapacités de longue durée ou récurrentes ; rôle du médecin généraliste par rapport à l'avis du médecin conseil ; approche de la motivation à la reprise du travail
Burn-out, conflits au travail et santé mentale	Distinction entre burn-out et conflit de travail ; gestion des comportements d'évitement ; anxiété et stress lors de la reprise du travail

Reprise du travail et réintégration	Reprise partielle du travail (approche pratique) ; situations où le retour au poste actuel n'est pas possible ; conditions de réorientation
Cadre légal et administratif	Règles relatives aux indemnités en cas de reprise partielle du travail ; rôle du médecin conseil et de l'INAMI
Rôles et collaboration entre acteurs	Collaboration entre médecin généraliste, psychologue, médecin conseil et médecin du travail ; rôle du coordinateur retour au travail
Questions éthiques	Relation de confiance vs rôle sociétal, responsabilité partagée

6.2. Expériences au niveau (de l'organisation) des outils

L'organisation (pratique) du projet a nécessité un investissement de temps considérable de la part de l'INAMI. Le suivi des communications, l'envoi de rappels répétés et la gestion de réponses tardives ou peu claires des participants ont engendré une charge administrative importante. En outre, il a été constaté que les médecins généralistes étaient fortement sollicités et disposaient de peu de temps, ce qui en faisait un groupe cible difficile à mobiliser dans le cadre du projet. Le timing des activités et des moments de concertation s'est avéré crucial, leur disponibilité variant fortement en fonction des périodes de forte activité sur le terrain.

Par ailleurs, une collaboration intensive avec divers acteurs a été mise en place, nécessitant une coordination continue avec les parties prenantes. Cet aspect mérite une attention particulière dans la perspective de formes d'organisation futures plus durables (répartition des rôles et optimisation des processus).

Une observation générale, confirmée par les cellules de référence, est que les participants ont rejoint le projet avec un enthousiasme marqué, un fort engagement et une motivation intrinsèque autour de la thématique de la santé mentale et du travail. Cela s'est traduit par des échanges dynamiques et enrichissants, où des perspectives, des parcours et des personnalités variés ont été représentés, tant lors du webinaire que lors des intervisions multidisciplinaires.

Un défi important a consisté à déterminer jusqu'où le projet pouvait et devait s'étendre. La portée large du thème « stress et travail » et le public cible étendu envisagé dans ce projet ont présenté à la fois des avantages et des défis. Le fait d'imposer peu de restrictions a permis de mieux correspondre à la réalité de la première ligne, où le diagnostic n'est pas une finalité en soi et où divers publics sont concernés. Une focalisation étroite sur le burn-out n'aurait pas été pertinente. En revanche, cette approche large a rendu plus difficile la structuration de la grande quantité d'informations, d'initiatives et d'outils utiles, nécessitant des choix parfois complexes et moins univoques. Néanmoins, les avantages en termes d'inclusivité et de proximité avec la pratique ont clairement prévalu. C'est pourquoi un accent important a été mis sur les rencontres : observer les pratiques des autres, apprendre des expériences et des points de vue de chacun, et mieux se connaître. Ces échanges se sont révélés essentiels pour favoriser des apprentissages partagés et ouvrir de nouvelles perspectives.

La combinaison du webinaire et des intervisions s'est révélée être une réelle plus-value dans le cadre du projet. Le webinaire a fourni une base théorique et un socle commun de connaissances au sein de ce projet pilote, centré sur la thématique large et complexe du stress au travail. Les nombreuses discussions illustrent la difficulté de rassembler l'ensemble des informations. La véritable valeur ajoutée résidait dans la mise en réseau des acteurs de première ligne : apprendre des approches de chacun, relier différents points de vue et renforcer collectivement le processus. Les connaissances acquises par les participants ont ensuite été traduites dans la

pratique lors des intervisions : quels sont les besoins, les bonnes pratiques, les obstacles et les opportunités d'amélioration de la collaboration ?

L'objectif était de créer une dynamique croisée autour d'un objectif commun : offrir les meilleurs soins possibles aux patients. Le webinaire a ainsi servi de base indispensable à partir de laquelle les intervisions ont pu être développées et approfondies.

Il a toutefois été constaté qu'il n'était pas réaliste de s'attendre à ce que le contenu du webinaire soit entièrement retenu ou spontanément appliqué après une seule participation. Dans ce contexte, les intervisions ont joué un rôle crucial : elles ont offert un environnement d'apprentissage plus concret, permettant de répéter, de préciser et d'ancrer les informations dans des situations pratiques. Elles ont également favorisé la mise en relation entre les différents acteurs, renforçant ainsi la collaboration et l'ancrage des connaissances. Un résultat important est que les différents acteurs se sont progressivement rapprochés au fil du projet, non seulement entre médecins généralistes et psychologues, mais aussi avec d'autres acteurs tels que le médecin du travail, le médecin conseil, le conseiller en prévention aspects psychosociaux et le coordinateur retour au travail.

Les cellules de référence elles-mêmes ont été utilisées de manière sporadique en dehors des intervisions, et lorsqu'elles l'étaient, c'était principalement pour des questions (pratiques) ou pour la soumission de cas en vue des intervisions. Ces cellules de référence ont toutefois constitué une grande valeur ajoutée pour le déploiement et l'organisation du webinaire et des intervisions multidisciplinaires, ainsi que pour leur expertise de contenu. À l'avenir, il semble moins essentiel de disposer d'une ligne de référence (point de contact standard), mais plutôt de personnes de référence (« train the trainers ») en Belgique capables de maintenir cette thématique active, notamment en organisant des actions telles que des intervisions autour de ce thème.

La préparation, la sélection et la coordination ultérieure des cellules de référence ont entraîné une charge de travail importante pour l'INAMI. Dans une optique d'ancrage durable des actions du projet (y compris un éventuel transfert vers des coordinateurs locaux) ainsi que de rentabilité, il ne semble pas opportun de prévoir une cellule de référence distincte pour chaque réseau de santé mentale.

Par ailleurs, il n'a pas toujours été évident que le médecin généraliste et le psychologue de première ligne sélectionnés pour former une cellule de référence développent une bonne relation de travail ou une vision commune. Dans une région spécifique, une médiation importante s'est avérée nécessaire. Dans les deux autres régions, les membres concernés se connaissaient déjà avant le projet, ce qui a nettement facilité la collaboration dès le départ. Dans la région où cette connaissance préalable faisait défaut, le risque de difficultés de collaboration était plus élevé en raison de divergences de vision, d'approche ou de personnalité. Dans ce processus, l'INAMI a dû prendre plusieurs décisions et a même été contraint, à un moment donné, de mettre fin à la collaboration entre les deux membres d'une cellule de référence.

Ci-dessous sont présentés quelques points d'attention et « lessons learned » concernant l'organisation des outils.

6.2.1. Enseignements tirés et points à prendre en compte concernant la cellule de référence

Dans le cadre de la recherche et de la sélection d'une cellule de référence :

- Il convient d'élaborer un profil de fonction et des critères préalables à intégrer dans l'appel à candidatures pour la sélection d'un médecin et d'un psychologue de référence. Une liste de critères utilisée par l'INAMI peut servir de base, avec des adaptations ou ajouts éventuels si nécessaire.
- Des entretiens doivent être organisés avec les candidats intéressés qui répondent aux critères définis au préalable. Ces entretiens sont importants non seulement pour vérifier l'adéquation aux critères et au profil recherché, mais surtout pour évaluer la compatibilité en termes de vision, de style de travail et de dynamique relationnelle, éléments essentiels pour une collaboration réussie.
- Si, lors de l'entretien, il apparaît clairement que la personne dispose de peu de temps et/ou exprime de nombreux doutes à ce sujet, il est recommandé de ne pas la sélectionner pour cette fonction. En revanche, lorsqu'une motivation claire et forte est présente pendant et après l'entretien, il est conseillé de lui accorder un poids important dans la décision finale. Il ressort de ce projet que la motivation et la passion pour ce rôle constituent probablement les principaux facteurs prédictifs de réussite.
- Une longue expérience et l'ancienneté constituent des atouts précieux dans un contexte de projet, mais elles ne garantissent pas à elles seules une exécution efficace des tâches. Selon la nature du projet, d'autres facteurs – tels que la flexibilité, la motivation, la capacité d'apprentissage, l'adaptabilité et l'ouverture aux nouvelles méthodes de travail – peuvent jouer un rôle tout aussi important. Il est donc recommandé, lors de la sélection d'une cellule de référence, de ne pas se limiter à l'ancienneté, mais de prendre également en compte les compétences pertinentes, l'attitude et la volonté de collaborer et d'innover. Un équilibre entre expérience et dynamisme favorise la qualité et l'agilité du projet.
- Dans le cadre de la fonction de psychologue de référence, la combinaison d'un psychologue de première ligne avec un conseiller en prévention aspects psychosociaux et/ou un psychologue du travail s'est révélée particulièrement précieuse au cours du projet. Disposer d'une vision systémique et d'une volonté de collaborer avec une diversité de partenaires est également indispensable pour une bonne mise en œuvre du projet.

En ce qui concerne l'organisation et l'utilisation de la cellule de référence :

- Des collaborations préexistantes entre le médecin et le psychologue de référence facilitent considérablement la mise en œuvre et le bon déroulement du projet.
- Il est recommandé de prévoir des réunions mensuelles avec la cellule de référence afin d'assurer un suivi adéquat, de fournir des orientations et un soutien. Le feedback doit être encouragé dans les deux sens.
- Il est important de préparer soigneusement les réunions. En tant que coordinateur, il est essentiel d'apporter une structure et des outils, tout en laissant suffisamment de place aux contributions et aux retours des cellules de référence.
- Un document a été élaboré afin de définir clairement les modalités de prise de contact pour l'ensemble des acteurs concernés. Ce document garantit l'uniformité, la transparence et l'efficacité de la communication.
- La prise de contact avec la cellule de référence a été insuffisamment utilisée au cours du projet. Lorsqu'elle l'était, il s'agissait principalement de questions organisationnelles (pratiques) liées aux intervisions ou de la soumission de cas. Sur l'ensemble du projet, réparti sur les trois régions, la prise de contact n'a été utilisée que huit fois par des médecins généralistes et six fois par des psychologues. Une disponibilité permanente de la cellule de référence ne semble donc pas être une solution durable, étant donné la faible demande. En revanche, la cellule de référence reste utile pour organiser des intervisions et d'autres activités pertinentes, dans le but de maintenir la thématique active et de

garder une vue d'ensemble des nombreuses initiatives liées au stress au travail (y compris le retour au travail).

6.2.2. Enseignements tirés et points à prendre en compte concernant le module d'information

- Le processus de co-création dans le cadre du développement des outils avec différents partenaires tels que les prestataires de soins sur le terrain, les organisations professionnelles et les administrations fédérales constitue une réelle plus-value, notamment en termes d'adhésion sur le terrain. Compte tenu du grand nombre de personnes concernées et de parties prenantes, il est important de prévoir suffisamment de temps à l'avenir pour le développement de tels outils.

- Même les personnes déjà expérimentées et intéressées par la thématique de la santé mentale, du travail et de la médecine du travail (« stress et travail ») (c.-à-d. les moteurs du projet) ont des visions différentes qui ne sont pas toujours faciles à concilier (tant au niveau des cellules de référence que des participants). Ainsi, dès la préparation du module d'information, il est apparu clairement que les experts et partenaires avaient des visions et des perspectives divergentes quant aux priorités à accorder au contenu (souffrance au travail, burn-out, etc.).

- Bien que le feedback soit essentiel dans ce type de processus, il n'est pas nécessaire d'intégrer l'ensemble des retours reçus ; il est important de faire des choix réfléchis, en cohérence avec la vision de l'INAMI ou d'autres parties prenantes. Les objectifs et attentes du projet doivent toujours être pris en compte lors de l'analyse des retours.
- Compte tenu de l'ampleur de la thématique, il est recommandé de mettre en place certains accents. Le fait que ces accents diffèrent selon les régions est à la fois logique et pertinent. Il est également utile d'ajouter des diapositives spécifiques aux contextes locaux afin de rendre la présentation plus concrète et applicable. Ceux qui souhaitent utiliser la présentation pour organiser leur propre session d'information peuvent s'inspirer de ces versions locales.
- La durée prévue de deux heures est relativement longue, ce qui implique que toutes les informations ne seront pas retenues de manière durable. Cela peut toutefois être partiellement compensé par un lien clair avec les moments d'intervision.
- En ce qui concerne le format, il peut être pertinent d'examiner, en fonction du temps et des ressources disponibles, le format le plus adapté pour un développement ultérieur. La version actuelle en powerpoint peut servir de base.
- Il est important de maintenir la présentation à jour pour les acteurs de première ligne, en tenant compte des évolutions législatives et des mesures futures. L'utilisation de webinaires constitue à cet égard une approche particulièrement intéressante.

6.2.3. Enseignements tirés et points à prendre en compte concernant les intervisions

- En fonction de l'objectif (par exemple mieux connaître les rôles de chacun, enrichissement des connaissances, etc.), l'intervision peut être complétée par des membres ad hoc tels qu'un médecin du travail, un médecin conseil, etc.
    - La participation de membres ad hoc est perçue comme particulièrement précieuse, voire indispensable, notamment parce qu'ils apportent une expertise pertinente et contribuent à créer des liens entre les acteurs du soin et du travail.

    - Si l'objectif est d'examiner la collaboration entre le médecin généraliste et le psychologue, il est par exemple moins opportun d'ajouter des membres ad hoc à l'intervision.
    - Une combinaison d'intervisions réunissant à la fois des membres ad hoc et des sessions sans membres ad hoc (c'est-à-dire uniquement les acteurs de première ligne) est importante. Les échanges avec les membres ad hoc sont très riches, mais génèrent également une grande quantité d'informations. C'est pourquoi les intervisions sans membres ad hoc sont également pertinentes, car elles permettent de traiter les informations recueillies, de poursuivre la réflexion et de traduire plus concrètement ces apports dans la pratique des acteurs de première ligne.
- Il est souhaitable que les intervisions soient encadrées par des personnes disposant d'une expertise, en l'occurrence les membres des cellules de référence. L'objectif est que cet outil soit porté de manière très active par ces acteurs.
- Cependant, la recherche de membres ad hoc appropriés et l'envoi d'appels demandent beaucoup de temps. Il est important de tenir compte du timing de l'appel et de le lancer suffisamment tôt.

- Il est pertinent, lors des intervisions, d'encourager le développement d'outils pratiques pour ou avec les participants, afin de soutenir les acteurs de première ligne dans ce domaine et dans le cadre de la collaboration.

- Il est recommandé, pour l'organisation future des intervisions, d'utiliser les structures de concertation existantes. Cela a été confirmé par les participants. Il est toutefois nécessaire de renforcer la sensibilisation à ces structures et aux possibilités existantes, souvent insuffisamment connues sur le terrain.
- Les intervisions sont perçues comme chronophages mais précieuses, pertinentes et approfondissantes. Les intervisions constituent, avec le webinaire, une plus-value importante, car elles permettent une traduction concrète dans la pratique. Elles favorisent également le rapprochement entre les participants et donnent lieu à de nombreux « moments clés ».

6.2.4. Expériences avec le comité d'experts

- Le comité d'experts a connu un fonctionnement variable dans la pratique. Une partie des membres a fait preuve d'un engagement clair et d'une contribution de fond, et surtout durant la phase de démarrage, le comité s'est révélé très pertinent pour l'alignement conceptuel et le retour sur les outils développés. Toutefois, il a été constaté que le fonctionnement devenait progressivement plus difficile : il était particulièrement compliqué de planifier des réunions communes, et les discussions ne débouchaient pas toujours sur les résultats concrets attendus. L'organisation a dès lors nécessité un investissement disproportionné en temps et en énergie. Cela s'explique probablement non seulement par l'implication individuelle des membres, mais aussi par la manière dont le comité a été conçu et par la phase du projet dans laquelle il a été mobilisé, ce qui a pu entraîner une plus grande distance et un sentiment d'appropriation moins marqué chez certains participants. Compte tenu des retards du projet et de son échéance proche, il a été décidé de mettre fin de manière anticipée au comité d'experts, après deux réunions du côté néerlandophone[1] et trois du côté francophone.

[1] L'intention était également d'organiser une troisième réunion, mais, une fois encore, trop peu d'experts étaient en mesure d'y participer. Il n'a donc pas été possible de garantir la dynamique propre à un groupe d'intervision ou de réflexion.

- La valeur ajoutée d'un comité d'experts en tant que concept a été reconnue par les parties prenantes. Toutefois, il a été constaté que sa mise en œuvre concrète ne correspondait pas toujours pleinement aux besoins du terrain. Ainsi, les cellules de référence ne savaient pas toujours clairement ce qu'elles pouvaient attendre du comité, quel était son rôle ni pour quelles questions elles pouvaient le solliciter. En pratique, peu de questions concrètes ont été formulées nécessitant spécifiquement l'expertise de médecins généralistes ou de psychologues. Cela a donné l'impression que la composition du comité n'était pas suffisamment adaptée aux problématiques réelles — non pas par manque d'expertise, mais parce que certains profils, tels que les médecins conseils, les médecins du travail ou d'autres disciplines, faisaient défaut. Une composition plus diversifiée aurait permis au comité de mieux appréhender la complexité des situations liées au travail et de partager des expériences de terrain.
- Deux fonctions potentiellement utiles ressortent de ces constats. Premièrement, un rôle de groupe de réflexion sur des questions de fond, en particulier lors de la phase de démarrage des projets, où l'alignement conceptuel est crucial – un rôle effectivement rempli dans ce projet. Deuxièmement, un rôle de « pool d'experts » pour des questions ciblées et multidisciplinaires, fonction qui s'est avérée plus difficile à concrétiser en pratique, notamment en raison de délais de réponse longs ou de l'absence de l'expertise requise.
- Sur la base de ces expériences, il semble opportun, pour les projets futurs, de repenser plus en profondeur la forme, le positionnement et la focalisation thématique d'un comité d'experts, en accordant davantage d'attention aux échanges informels et aux retours directs du terrain. Cela rejoint le constat plus large d'un décalage fréquent entre la réglementation et la réalité de terrain, et de la nécessité de disposer d'un espace structurel pour rendre visibles ces écarts. Dans ce contexte, l'idée « d'un observatoire » est également avancée : une plateforme chargée de recueillir les signaux du terrain, d'identifier les difficultés et de formuler des propositions d'actions concrètes et d'améliorations des politiques.

6.3. Expériences au niveau des besoins sur le terrain

Les problèmes de santé mentale liés au travail sont fréquents dans la pratique de première ligne. Au cours du projet, trois thématiques importantes sont revenues de manière récurrente :

1. La souffrance au travail – la gestion des conflits au travail par rapport au burn-out, au stress, à la dépression, etc. – les possibilités de réintégration ;
2. Les rôles, responsabilités et attentes, d'une part des médecins généralistes et des psychologues, et d'autre part des acteurs tels que les médecins conseils, les médecins du travail, les conseillers en prévention aspects psychosociaux, les coordinateurs retour au travail, etc., en lien avec cette thématique ;
3. La collaboration et la communication (rapports – déontologie).

En plus de ces thématiques, il ressort également du terrain que les acteurs de première ligne ont besoin d'outils très concrets et pratiques. Par ailleurs, les cellules de référence impliquées, les acteurs de première ligne participants et les membres du comité d'experts ont identifié les expériences suivantes au cours du projet :

6.3.1. Collaboration & communication

- La concertation entre médecins généralistes et psychologues est perçue comme très précieuse. L'importance de l'utilisation des canaux existants est soulignée (par exemple dans le cadre des

concertations médico-psychologiques, des GLEM, des intervisions existantes). Une communication et une sensibilisation supplémentaires sont nécessaires à cet égard.

- L'importance de la collaboration multidisciplinaire est mise en avant. Une sensibilisation accrue à ce thème est jugée nécessaire. Toutefois, des lacunes et des blocages importants subsistent et entravent une collaboration fluide, notamment en raison de la complexité et du grand nombre d'acteurs impliqués, ainsi que d'une connaissance limitée des rôles de chacun.
- Les prestataires de soins font état d'une forte fragmentation des canaux d'orientation, avec des différences régionales marquées, ce qui complique la vue d'ensemble et l'efficacité des parcours.
- Le nombre élevé et persistant de listes d'attente constitue un problème structurel et complique tant la communication que la collaboration entre les acteurs concernés. La question se pose de savoir comment ces délais peuvent être effectivement diminués. Par ailleurs, une impasse communicationnelle apparaît : les longs délais sont un obstacle aux concertations entre les acteurs.
- La collaboration dans le domaine de la santé mentale et du travail est rendue difficile par l'utilisation parallèle de plusieurs plateformes numériques, sans délimitation ni intégration claires (notamment « MaSanté», le dossier médical électronique, la plateforme TRIO, « Siilo »). La valeur ajoutée de ces canaux, comme la plateforme TRIO, n'est pas remise en cause, mais les psychologues cliniciens, par exemple, n'ont pas accès à la plateforme TRIO. De plus, les psychologues cliniciens n'ont pas accès à la plateforme TRIO. Il est important de définir un canal de communication commun permettant de s'accorder sur des aspects pratiques, tels que le moment opportun pour se contacter (« quand puis-je vous appeler ? »).
- Les médecins généralistes et les psychologues de première ligne rencontrent des difficultés de collaboration. Certains partagent peu ou pas d'informations, tandis que d'autres le font fréquemment. Par ailleurs, les professionnels font face à des obstacles variés pour collaborer. Il existe également de grandes différences dans l'intensité de la collaboration, ainsi que dans les formats et les approches adoptés.
- Des différences sont observées entre psychologues cliniciens en matière de communication, de collaboration, de rédaction de rapports et d'attention à la déontologie. Les psychologues sont fortement formés à agir avec une grande prudence en matière de rapportage, en tenant compte du secret professionnel. Ils craignent de commettre des erreurs et ont besoin de garanties pour ne pas prendre de risques (notamment la crainte de plaintes auprès de la Commission des psychologues). Il existe un besoin de sécurité et de clarté quant au partage des données. Sur le terrain, une grande confusion règne, la Commission des psychologues étant souvent perçue comme un facteur limitant. Les règles juridiques strictes conduisent ainsi de nombreux psychologues à ne rien partager avec les médecins généralistes.
- Partage des données : les informations à partager doivent porter sur l'état (le fonctionnement) du patient et non sur le contenu détaillé des consultations. En cas de communication, il est en outre essentiel que le consentement du patient soit obtenu et consigné dans le dossier.
- Les médecins généralistes et les psychologues participant au projet expriment un besoin de contact et de collaboration. Les médecins généralistes disposent de peu de temps avec leurs patients, au cours duquel de nombreux éléments doivent être abordés. Le projet a permis de clarifier que le médecin généraliste a notamment besoin d'informations sur l'évolution du patient (où en est-il dans son parcours ?) ainsi que sur son fonctionnement – notamment dans le cadre de l'incapacité de travail – (par exemple : patient suivi depuis… ; reprise partielle du travail possible ou non… ; contexte de travail actuel faisable ou non, car…).

- Il est essentiel que les lettres de référence soient rédigées de manière qualitative et claire, en tenant compte des besoins et attentes du destinataire. Un contact informel préalable peut considérablement améliorer la communication et la collaboration (meilleure coordination).
- Indépendamment de la législation et du secret professionnel, toutes les informations pertinentes ne peuvent pas être consignées dans un rapport écrit. Des formulations telles que « la personne peut reprendre le travail à condition que… » nécessitent des précisions et un contexte supplémentaires. La communication informelle, comme les contacts téléphoniques, est essentielle pour obtenir une vision complète.
- Il est important de confronter les points de vue. Le patient peut être perçu différemment par le psychologue et par le médecin généraliste. Les divergences de vision peuvent constituer un défi : lorsque le médecin, le psychologue et l'assuré social diffèrent dans leur approche ou leur vision, cela peut compliquer la collaboration autour du retour au travail.
- Le fait de se connaître réduit les obstacles : le niveau de familiarité (« bien se connaître – se connaître un peu – ne pas se connaître ») a un impact direct sur la communication et la collaboration. La connaissance mutuelle réduit les barrières et favorise une coordination rapide et directe. Plus le médecin et le psychologue (ainsi que d'autres acteurs comme le médecin du travail et le médecin conseil) se connaissent, plus la communication est fluide et plus un climat ouvert et constructif s'installe (effet désarmant).
- Les intervisions contribuent à mieux se connaître (y compris les rôles de chacun) et à corriger certaines idées erronées chez les psychologues ou les médecins en matière de communication (par exemple : « ne pas vouloir déranger/intervenir », « le médecin a-t-il vraiment besoin de mon information ? », peur de ne pas être apprécié, doute quant à la valeur ajoutée, etc.).

6.3.2. Temps, compensation et charge de travail

- Il n'y a actuellement pas suffisamment de compensation ni de temps pour ceux qui doivent coordonner un parcours pour des personnes souffrant de problèmes de santé mentale liés au travail.
- Il existe de nombreuses possibilités et initiatives, mais il est souvent difficile de s'y retrouver. Le manque de temps constitue en outre un obstacle supplémentaire pour s'y engager.

6.3.3. Connaissances et manque de clarté concernant les rôles et les attentes

- Il existe un manque de clarté ainsi que des perspectives divergentes quant au rôle du médecin généraliste et du psychologue dans le cadre de cette thématique.
    - Le rôle du médecin généraliste consiste avant tout à connaître l'ensemble des partenaires (carte sociale) et à orienter correctement vers l'aide appropriée (rôle de case manager).
- On constate une méconnaissance des rôles et missions des acteurs de la prévention et de ceux de la sécurité sociale (notamment le médecin conseil, le médecin du travail, le conseiller en prévention aspects psychosociaux et le coordinateur retour au travail), des possibilités d'orientation (par ex. comment orienter, quand orienter un patient en burn-out/incapacité de travail ?) ainsi que des initiatives et des dispositifs de soutien pertinents. Le fait de mieux les connaître et d'échanger à leur sujet semble avoir un impact positif. Par exemple : le rôle du conseiller en prévention aspects psychosociaux, de la personne de confiance, coordinateur retour au travail, la connaissance de l'offre de groupe des psychologues de première ligne, la possibilité de co-consultation entre médecin généraliste et psychologue, le programme burn-out de Fedris, l'IPS, etc.
- Il existe souvent un manque de clarté et des différences d'interprétation entre les professionnels, les patients et les employeurs concernant des notions telles que le stress, l'incapacité de travail et

l'absentéisme, ce qui entraîne confusion, malentendus et retards dans les parcours de soins et de réintégration.

- On observe également de grandes différences de connaissances de base sur ce thème entre médecins généralistes et psychologues de première ligne. Ainsi, certaines mesures pertinentes en matière de santé mentale et de travail, telles que les fiches concernant le retour au travail ou le programme burn-out de Fedris, sont insuffisamment connues sur le terrain. Les faire mieux connaître contribue à instaurer une responsabilité partagée en matière d'incapacité de travail, dans une approche positive.
- Il est important de motiver les patients quant au moment et aux raisons pour lesquelles il est utile d'entreprendre des démarches de retour au travail. La connaissance de l'ensemble des acteurs impliqués facilite ce processus.
- Les jeunes médecins expriment un besoin important d'apprentissage sur ce thème, tandis que les médecins plus expérimentés ont surtout construit leur pratique sur base de leur expérience et de réseaux informels existants. Toutefois, un sentiment « d'impuissance » est perceptible chez les participants quant à ce que les acteurs de première ligne peuvent réellement faire face à des problématiques liées au travail.

6.3.4. Accompagnement du public cible

- Importance de la détection précoce et du démarrage rapide du suivi des personnes à risque de développer un problème de santé mentale lié au travail ou un burn-out, afin qu'elles puissent rester au travail ou reprendre leur activité dans de bonnes conditions.
- Une approche multidisciplinaire est recommandée pour assurer un accompagnement global des plaintes liées aux problèmes de santé mentale en lien avec le travail.
- Les conditions de travail ne sont pas toujours favorables à la santé. Une responsabilité partagée est mise en avant (les risques psychosociaux sont aussi collectifs et pas uniquement individuels).
- Les participants soulignent que le renforcement de la capacité d'adaptation et la reconstruction progressive de la résilience sont centraux dans l'accompagnement à la reprise du travail, tant pour les personnes très investies dans leur activité professionnelle mais qui doivent apprendre à poser des limites, que pour celles qui sont très anxieuses et qui, dans un environnement sécurisé, doivent être aidées à faire à nouveau de petits pas. Pour ce dernier groupe, il est noté que le soutien est souvent mis en place trop tardivement.
- Dans l'accompagnement des problèmes de santé mentale liés au travail, et plus particulièrement du burn-out, l'importance d'une approche par phases est soulignée : d'abord le lâcher-prise, suivi d'une réactivation. L'accent est mis sur l'impact physique et émotionnel, sur l'acceptation et sur la planification conjointe avec le patient. Une communication directe, du temps suffisant et un cadre clair apparaissent comme des éléments facilitants dans cette approche.
- En cas de troubles psychologiques (idem en matière d'incapacité de travail), il est important que le patient dispose d'un médecin généraliste de référence. Cela facilite également la communication.
- Sur le terrain, on constate que le diagnostic de burn-out est utilisé de manière très variable et sert souvent de terme générique pour différents problèmes psychosociaux ou de vie, alors que seule une proportion limitée des assurés sociaux répond réellement aux critères cliniques. Dans certaines situations, une évaluation initiale est ensuite nuancée après un accompagnement psychologique, ce qui souligne l'importance d'un diagnostic rigoureux et d'une concertation entre les professionnels. Par ailleurs, il apparaît qu'un diagnostic n'équivaut pas automatiquement à une incapacité de travail, ce qui implique de bien distinguer l'évaluation clinique de la capacité fonctionnelle au travail.
- La simple prescription d'une incapacité de travail ne suffit pas ; une approche complémentaire, centrée sur la personne, est souvent nécessaire. En évaluant chaque dossier au cas par cas et en

abordant rapidement les conflits sur le lieu de travail, la reprise du travail est facilitée et les conflits peuvent être désamorcés à un stade précoce.

6.3.5. Accessibilité aux soins

- La collaboration en interne au sein d'une même structure (par ex. un psychologue travaillant dans un cabinet de médecine générale) est perçue comme plus efficace et plus simple en matière de communication. Lorsque les acteurs de première ligne ne sont joignables que via un numéro général, cela ralentit la collaboration.
- Les médecins généralistes et les psychologues de première ligne prennent en charge, par nécessité, des problématiques complexes en raison du manque de possibilités de réorientation fluide vers la deuxième ligne et les soins spécialisés.
- L'obtention de consultations rapides ou de réorientations urgentes (psychologues de première ligne, psychiatres) demande beaucoup de temps et de ressources, ce qui génère de la frustration en première ligne.
- Il existe un manque de clarté sur la manière de contacter les psychiatres.
- Des contacts informels et directs avec des acteurs connus (par ex. psychologues de première ligne) permettent, dans certaines régions, un soutien plus rapide. La présence d'un acteur connu au sein de la pratique (en interne) est également considérée comme précieuse (par exemple un psychologue de première ligne intégré au cabinet de médecine générale).
- Des initiatives locales (par ex. un soutien administratif au sein des cabinets de médecine générale) sont mises en place pour faciliter l'accès aux soins, malgré une charge importante en termes de temps et de coûts.

6.4. Lacunes

- Manque de connaissances sur le terrain concernant les rôles et missions des acteurs de la prévention et de la sécurité sociale, ainsi que les possibilités d'orientation.
- Sur le terrain, un écart clair est ressenti entre ce que prescrivent la théorie et la législation (par ex. retour au travail) et leur mise en œuvre dans la pratique.
- Les professionnels de santé se sentent parfois impuissants face aux problèmes de santé mentale liés au travail, en raison d'une marge d'action limitée et d'environnements de travail offrant peu de possibilités d'adaptation nécessaires (souffrance au travail).
- Les listes d'attente chez les psychologues et les psychiatres empêchent une orientation rapide par le médecin généraliste. Cela complique la gestion de l'incapacité de travail, domaine dans lequel les médecins généralistes doivent prendre des décisions.
- Pénurie structurelle de soins spécialisés rapides et accessibles, entraînant une surcharge de la première ligne (par ex. longues listes d'attente chez les psychiatres).
- Manque de coordination et de clarté dans les orientations entre la première et la deuxième ligne (médecin généraliste – psychologue – psychiatre).
- Absence d'un modèle d'orientation clair, opérationnel et uniforme dans le domaine de la santé mentale et du travail.
- Absence de consensus sur les plateformes numériques nécessaires pour une collaboration minimale et efficace.
- Absence de définitions communes et opérationnelles des concepts de santé mentale liés au travail.
- Manque de modèles actualisés et uniformes pour les orientations et les rapports entre les acteurs de soins et de prévention.

    - Manque d'un cadre clair et univoque pour les psychologues cliniciens en matière de partage de données.
- Des liens clairs existent entre la fonction 1 et la fonction 3 au sein des réseaux de santé mentale, mais ils sont actuellement insuffisamment exploités.

7. Évaluation du module d'information dans le cadre des deux mémoires de master (UGent)

Les deux mémoires réalisés de la Faculté de Psychologie (UGent) offrent un aperçu qualitatif de la perception des participants néerlandophones concernant le module d'information. Étant donné qu'il s'agit d'un projet pilote avec un nombre limité de participants, et dans le but d'obtenir une compréhension approfondie de la perception des acteurs de première ligne, il a été choisi de réaliser des entretiens semi-structurés. Une étudiante a interrogé six médecins généralistes, l'autre neuf psychologues de première ligne, à chaque fois via des entretiens semi-structurés. Madame Lanah Verbraeken de la Direction réintégration au travail et le Prof. Dr Vlerick (promoteur UGent) ont encadré les étudiants. Les mémoires ont permis de mieux cerner les adaptations possibles du module d'information sur base des expériences des acteurs de première ligne participants. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon et du caractère qualitatif de l'étude, les résultats ne peuvent être généralisés. Nous tenons à souligner que ces étudiants ont produit un travail de qualité et obtenu d'excellents résultats. En ce sens, ces mémoires de master fournissent des indications précieuses pour les actions futures. Nous recommandons donc de les consulter, car ils constituent une partie importante du projet. Vous trouverez les mémoires en annexes C et D.

Les deux études confirment que le module d'information répond à un besoin réel des acteurs de première ligne et est globalement évalué de manière positive. En particulier, la partie consacrée au travail et à la réintégration, avec des explications sur les rôles du médecin du travail, du médecin conseil et du coordinateur retour au travail, ainsi que la chronologie de l'incapacité de travail, est perçue par les médecins généralistes et les psychologues comme la plus nouvelle et la plus précieuse.

Conformément à l'objectif de « semer des graines », de petits changements de comportement, mais concrets, ont été observés dans les deux groupes cibles. Chez les médecins généralistes, un participant rapporte interroger désormais de manière plus systématique le contexte du travail lors des consultations. Chez les psychologues de première ligne, plusieurs participants utilisent le matériel psycho-éducatif du module, suivent mieux le parcours d'incapacité de travail de leurs patients et orientent les patients plus facilement grâce à une meilleure connaissance de la carte sociale et des rôles des autres acteurs. La distinction par un diagnostic différentiel, notamment entre burn-out, conflit au travail et dépression, est également appliquée activement dans la pratique.

Parallèlement, les deux études soulignent des points d'amélioration similaires. Le module est perçu comme trop volumineux et trop passif pour une session de deux heures, ce qui limite la rétention des informations. Les participants demandent une version plus courte ou fractionnée, davantage de cas pratiques et d'outils concrets, ainsi qu'une distinction plus claire de ce qui est pertinent pour le médecin généraliste par rapport au psychologue. L'incertitude des psychologues concernant le partage de données et le secret professionnel constitue en outre un frein structurel à la collaboration interprofessionnelle, une lacune que le module ne peut

combler à lui seul et qui nécessite un cadre pratique clair, idéalement élaboré par ou en collaboration avec la Commission des psychologues.

Enfin, les deux mémoires confirment que le module d'information ne peut être dissocié des intervisions multidisciplinaires. Le module pose une base de connaissances commune ; la traduction en comportements et les échanges interprofessionnels se réalisent lors des intervisions. Cet élément soutient le choix d'utiliser ces deux outils comme un ensemble cohérent.

Une analyse future déterminera si le module d'information nécessite certaines adaptations à la lumière de cette évaluation..

8. Recommandations

Les recommandations ci-dessous s'appuient sur les expériences et les lacunes identifiées dans le projet pilote et visent à assurer l'ancrage structurel et la mise à l'échelle du projet.

8.1. Structure, modèles et ancrage

- Un parcours personnalisé, clairement structuré et bien coordonné, proposé par un réseau de professionnels compétents et bien formés disposant d'une expertise dans les domaines du travail et de la santé, peut contribuer à éviter que les personnes ne se perdent dans leur processus thérapeutique.
- Développer un réseau de professionnels qualifiés ayant une expertise spécifique dans le diagnostic et l'accompagnement des problèmes de santé mentale liés au travail.
- Développer et sensibiliser différentes structures autour de la thématique du stress et du travail dans le cadre de la convention PPL (cf. infra).
- Mettre en avant la complémentarité de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.
- Sensibiliser à l'existence d'instances de concertation telles que la concertation médico-psychologique.
- Développer un modèle d'orientation clair et applicable au niveau régional, avec une attention explicite à la répartition des rôles et aux zones de chevauchement.
- Définir des modalités minimales et réalistes de collaboration numérique, visant un échange d'informations efficace sans charge administrative supplémentaire.
- Développer un modèle de rapport concis et uniforme pour le retour d'information entre psychologues, médecins généralistes et médecins du travail/médecins conseils, par analogie avec le modèle de la concertation médico-psychologique ou du bilan fonctionnel (modèle INAMI).
- Lors de l'élaboration de la législation et des cadres théoriques, tenir systématiquement compte des obstacles et difficultés concrets rencontrés sur le terrain. Il est recommandé de créer un observatoire composé d'experts du terrain afin de fonder des politiques et cadres théoriques sur des retours pratiques, et ainsi mieux répondre aux besoins réels, aux obstacles et aux spécificités contextuelles.
- Etablir des liens entre ce projet pilote et les lieux d'accroche les services d'aide à l'emploi (par ex. maison de l'emploi, VDAB, Forem, Actiris).
- À l'avenir, créer des liens entre les fonctions 1 et 3 au sein des réseaux de santé mentale et dresser un état des lieux de ce qui existe autour de la thématique « santé mentale et travail » dans ces réseaux.

8.2. Rôles, responsabilités et connaissances

- Travailler à des définitions partagées et opérationnelles des concepts clés, utilisables à la fois dans le secteur des soins et dans le contexte du travail (importance de l'uniformité étant donné la multitude des termes et des dénominations selon les contextes), comme par exemple la distinction entre stress, conflit au travail, burn-out, etc.
- Encourager l'élargissement des connaissances au sein du secteur des soins concernant la santé mentale et le travail, y compris les rôles des différents acteurs de la prévention et de la sécurité sociale.
- Intégrer de manière structurelle la thématique de la santé mentale et du travail (y compris l'incapacité de travail) dans les formations en médecine générale et en psychologie, y compris les rôles des acteurs concernés. Il est également pertinent d'intégrer, dans ces formations de base, l'importance de la collaboration ainsi que les modalités permettant celle-ci avec des acteurs spécifiques (partage de données, collaboration, communication).
- Intégrer les thématiques du stress et du travail, de la réintégration, du rôle des différents acteurs et de l'importance d'un champ d'action dans les formations continues et les intervisions (par exemple, un GLEM, 1 à 2 fois par an) afin de rester informé de la législation en vigueur dans ces domaines (formation continue obligatoire).

8.3. Collaboration multidisciplinaire, communication et partage des données

- Poursuivre le développement des intervisions et des échanges multidisciplinaires, qui ont été perçus comme très précieux dans le projet (développement des connaissances et clarification des rôles). La concertation entre le médecin généraliste et le psychologue autour de cette thématique est considérée par les participants comme un élément essentiel. Pour cela, une solution est de favoriser l'utilisation des canaux existants et en stimuler l'usage sur le terrain, par exemple les GLEM, les intervisions dans le cadre de la convention PPL, ainsi que les co-consultations prévues dans ce cadre.
- L'importance d'une relation de confiance et d'une communication claire entre le médecin généraliste et le psychologue a été confirmée. Il convient de poursuivre et de renforcer cette collaboration, notamment en encourageant les co-consultations entre médecins généralistes et psychologues de première ligne (art. 8), mais aussi en développant des lieux d'accroche au sein des cabinets de médecine générale.
- Réduire l'impact des listes d'attente chez les psychologues de première ligne en promouvant des alternatives temporaires telles que les séances de groupe dans le cadre de la convention PPL, l'aide en ligne, l'orientation vers des psychologues cliniciens hors convention PPL, la thérapie de relaxation chez le kinésithérapeute (approches corporelles) ou le recours à un jobcoach de qualité avec lequel le médecin généraliste collabore déjà et dont il est satisfait ; en cas de problématique liée au travail, une orientation vers le conseiller en prévention aspects psychosociaux et/ou la personne de confiance peut également être envisagée.
- Développer un cadre clair, simple et fondé sur la déontologie pour la collaboration multidisciplinaire et le partage des données, en concertation avec la Commission des psychologues, afin de soutenir activement les professionnels de santé, en particulier les psychologues, et de les encourager à communiquer efficacement lorsque cela est possible et dans le respect du secret professionnel. Examiner dans quelle mesure le code de déontologie actuel offre des repères suffisants pour la collaboration multidisciplinaire, et identifier les points nécessitant des clarifications ou des compléments afin d'éviter les blocages de communication et de garantir la sécurité juridique des professionnels.

- Renforcer les circuits d'orientation courts et accessibles vers la deuxième ligne et les soins spécialisés.

9. Implémentation et poursuite du déploiement

Le projet pilote « *Stress, Travail et Première ligne »* a démontré, depuis son lancement, qu'il existe au sein des soins de première ligne un besoin et une volonté d'aborder de manière plus intégrée et multidisciplinaire les problèmes de santé mentale liés au travail. Il existe également un potentiel pour un développement ultérieur du projet, impliquant la mise en place d'un ancrage structurel des problématiques de santé mentale liées au travail et du retour au travail dans le cadre de la convention PPL.

Sur la base des expériences et recommandations issues de ce projet pilote, les actions de suivi suivantes ont été formulées. Ces actions s'inscrivent dans les objectifs du projet, tout en s'élargissant à l'avenir, tant en ce qui concerne la nature des initiatives que les groupes cibles et les acteurs impliqués. Il convient également d'établir des liens avec le Plan fédéral Santé mentale et Travail, coordonné au sein du réseau fédéral santé mentale et travail. De cette manière, les connaissances et outils issus de ce projet pilote seront intégrés de manière structurelle dans un cadre politique plus large et pourront contribuer aux objectifs transversaux liés à la prévention de l'incapacité de travail et à la reprise du travail.

L'offre de webinaires (NL et FR) sera ouverte à tous les psychologues de première ligne et médecins généralistes en Belgique. L'enregistrement et la présentation powerpoint associée seront mis à disposition via le site de l'INAMI et diffusés par les 32 réseaux de santé mentale ainsi que par les organisations de médecine générale Domus Medica et la SSMG. Le module d'information est considéré comme un document évolutif, amené à être adapté au fil du temps, tant en fonction des modifications législatives et des nouvelles mesures que sur la base des résultats des deux mémoires de master et des besoins du terrain. La présentation powerpoint pourra également être utilisée par d'autres disciplines, comme par exemple les psychiatres.

Les réseaux de santé mentale sont encouragés à proposer des sessions d'information, des intervisions multidisciplinaires et des GLEM autour des problématiques psychiques liées au travail, ainsi qu'à partager de manière proactive le contenu des webinaires avec les psychologues de première ligne proposant une offre liée au travail (F1/F2/F3). Une première étape de sensibilisation a déjà été franchie : des échanges ont eu lieu avec les coordinateurs locaux des réseaux de santé mentale, à la fois dans un objectif de sensibilisation et dans le cadre des résultats finaux du projet, avec une attention particulière portée au transfert de bonnes pratiques.

Par ailleurs, une action de suivi possible pourrait consister à élaborer un kit de base en collaboration avec les cellules de référence du projet pilote. Ce kit regroupera toutes les informations nécessaires issues du projet pilote, afin que les collègues d'autres réseaux de santé mentale puissent également mettre en place des intervisions multidisciplinaires en duo, associant un psychologue et un médecin généraliste. Il pourra s'agir, par exemple, de documents relatifs aux critères et à la sélection des experts, de fiches sur l'organisation de ces intervisions, etc. De cette manière, des activités telles que des séances d'information et des intervisions pourront être progressivement déployées dans toute la Belgique. Cela contribuera à renforcer la collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues de première ligne, ainsi qu'à clarifier davantage les rôles des différents acteurs dans le domaine du travail et de la sécurité sociale. La coordination opérationnelle ultérieure, notamment des intervisions, incombe aux réseaux Santé Mentale eux-mêmes. L'INAMI, en collaboration avec les cellules de référence, se charge de l'élaboration de l'offre de base, sous réserve d'une analyse du budget supplémentaire nécessaire.

Les cellules de référence issues du projet pilote pourront en outre développer des outils de soutien pratiques sur la base du module d'information et des expériences d'intervision, tels qu'un arbre décisionnel, un aperçu des acteurs, un modèle de lettre de référence ou un guide régional d'orientation. Il sera également examiné si elles peuvent ou non poursuivre les sessions d'intervision dans leur région pilote. De plus, une autre action de suivi possible consisterait à analyser les modules GLEM existants relatifs à la concertation médico-psychologique et à la réintégration, et à les compléter avec le powerpoint développé dans le cadre du projet, ou à examiner s'il est nécessaire de développer un nouveau module GLEM, éventuellement, en collaboration avec Domus Medica, la SSMG et les cellules de référence existantes.

Afin de mieux outiller les psychologues de première ligne sur ce thème, un programme de formation sera mis en place par le Service des soins de santé et le SPF Santé publique via des marchés publics. L'un des thèmes prévus porte spécifiquement sur le stress psychique lié au travail, l'incapacité de travail et la réintégration, et sera proposé sous deux formes : en ligne et en accès libre, ainsi qu'en présentiel pour les psychologues de première ligne et les orthopédagogues. L'objectif est que cette offre débute au premier trimestre 2027, avec un lien explicite vers le module d'information du projet « *Stress, Travail et Première ligne »*. Le service des indemnités est à votre disposition en tant que point de contact en cas de questions ou de besoin de soutien supplémentaire.

Il est essentiel que les assurés sociaux aient accès, de la manière la plus accessible possible, à un soutien psychologique. Tant les médecins généralistes que les psychologues doivent être facilement accessibles, afin de renforcer la collaboration dans l'accompagnement vers le retour au travail. Une étape concrète de suivi consiste, en une collaboration avec les PPL, à renforcer la coopération entre les psychologues de première ligne et les services régionaux de l'emploi, comme par exemple via les lieux d'accroche. Cela s'inscrit dans l'objectif plus large du Plan fédéral Santé mentale et Travail visant à réduire l'entrée en incapacité de travail de longue durée grâce à la détection précoce et à un soutien psychologique accessible sur le lieu de travail. Une des propositions prévoit que les psychologues de première ligne intéressés aient suivi le webinaire du projet, afin de disposer des connaissances de base nécessaires en matière de santé mentale, de travail et de réintégration.

Enfin, une analyse approfondie est nécessaire pour identifier quels autres acteurs devraient être sensibilisés au domaine de la santé mentale et du travail. Des webinaires ciblés pourront être développés et organisés à cet effet, et la présentation powerpoint du projet pourra servir de base complémentaire.

10. Conclusion

Dès le début, il était important de définir clairement le cadre du projet. Le webinaire a servi de base à cet effet : un premier cadre de référence commun dans lequel des informations ont été fournies et les concepts liés au stress et au travail ont été clarifiés. À partir de là, un espace s'est ouvert pour approfondir le sujet par le biais d'intervisions, au cours desquelles les participants ont engagé le dialogue et échangé leurs expériences.

Le projet a été délibérément conçu comme un projet pilote. En effet, ce thème offre de nombreuses possibilités, ce qui le rendait à la fois passionnant et stimulant. L'accent a été mis spécifiquement sur le stress et le travail dans le secteur des soins de première ligne, avec pour objectif principal de sensibiliser davantage et d'accorder une attention particulière à la thématique du travail dans ce contexte.

Pour conclure, voici une belle citation de l'un des médecins généralistes ayant participé à ce projet : *« Personne ne peut tout faire, mais chacun peut faire quelque chose ».*