



Cesi One.

CESI GROUP

WWW.CESI.BE

DE LA PROBLÉMATIQUE À L'ACCOMPAGNEMENT

QUELQUES CLÉS POUR MIEUX COMPRENDRE & ORIENTER
EN PSYCHOTHÉRAPIE

27 novembre 2025 | BBVAG - APBMT

Lila Maas & Sarah Sevilla | Managers, CPAP, Psychologues

PROGRAMME



1. INTRODUCTION
2. PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES
3. COURANTS PSYCHOLOGIQUES EN BREF
4. LIENS PROBLÉMATIQUES/PSYCHOTHÉRAPIES
5. CLÉS POUR ORIENTER
6. Q&R

POURQUOI PARLER D'ORIENTATION EN PSYCHOTHÉRAPIE ?

Explosion des problématiques psychosociales

Stress, anxiété, burnout, harcèlement... Elles impactent la santé mentale.

Psychothérapie, efficace mais pas uniforme

Il existe plusieurs approches, et la bonne orientation conditionne la réussite.

Risque d'errance

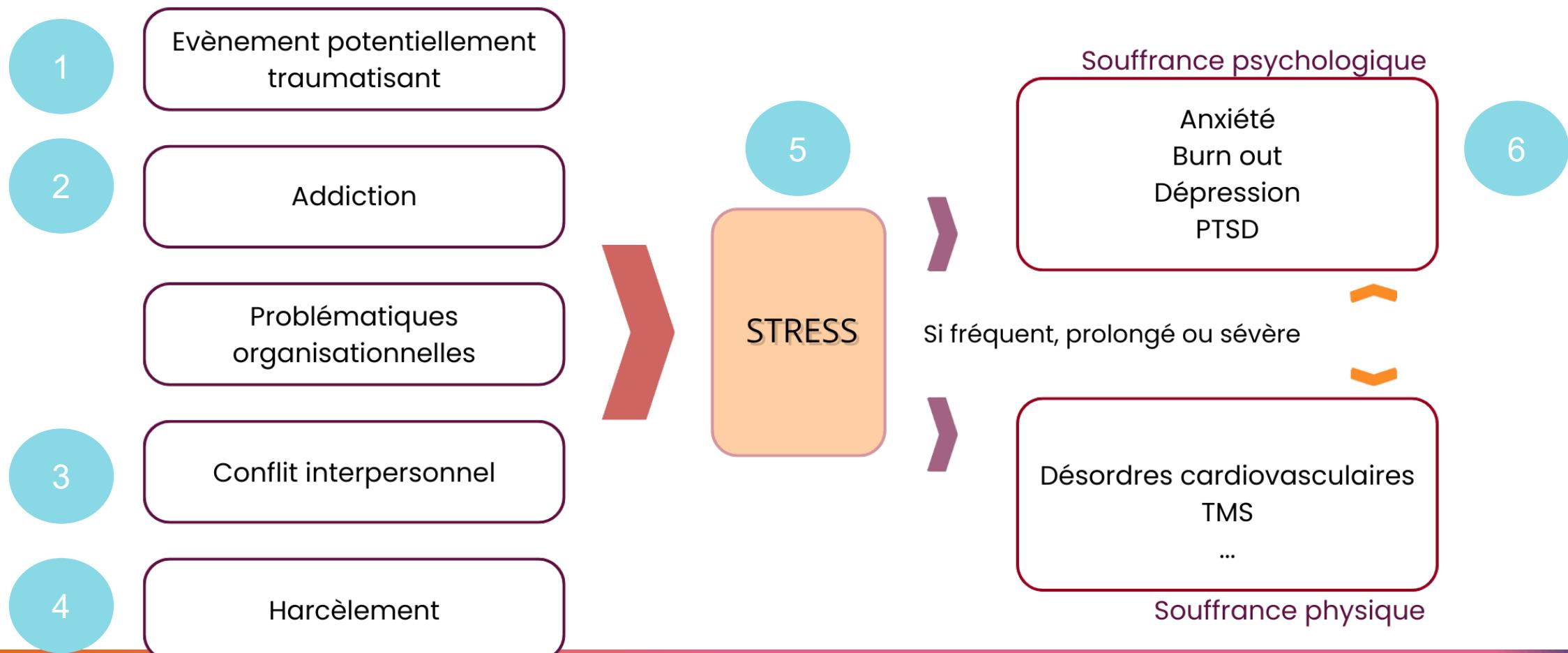
Éviter les errances thérapeutiques, optimiser le temps et les ressources, renforcer la qualité du lien patient-thérapeute.

Rôle important des acteurs

Bien nommer la problématique, comprendre les facteurs communs de succès, et orienter vers la solution la plus adaptée.

La question n'est pas *faut-il proposer une psychothérapie ?* mais *comment orienter efficacement pour qu'elle soit réellement bénéfique ?*

PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES LES PLUS FRÉQUENTES



PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

1

Evènement potentiellement
traumatisant

Exposition à la mort réelle ou **menacée**, à une **blessure grave** ou à des **violences sexuelles**, survenue de l'une des façons suivantes :

- **Exposition directe** à l'événement traumatisant.
- **Témoin direct** d'un événement traumatisant.
- **Apprentissage qu'un événement** traumatisant est arrivé à un membre de l'équipe, de l'entreprise (si mort ou menace de mort, événement violent ou accidentel).
- **Exposition répétée ou extrême à des détails horribles** d'un événement traumatisant (ex. : premiers intervenants, policiers).

Ex : Aggression, Accident, braquage, incendie, etc.

PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

2

Addiction



❖ **Dépendance** très forte à une **substance** ou à un **comportement** entraînant

- ✓ une conduite **compulsive**,
- ✓ l'**impossibilité de contrôler son usage**

➤ Malgré ses conséquences négatives sur la santé et la vie professionnelle et sociale.



PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

3

Conflit interpersonnel



- **Désaccord persistant**
- Entre **individus interdépendants**
- Dans le **cadre professionnel**
- **Affectant leur capacité à collaborer.**

Processus dynamique impliquant des réactions émotionnelles négatives et des interférences dans l'atteinte des objectifs communs.



PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

4

Harcèlement



- **Exposition répétée et durable** à des **comportements hostiles** (intimidation, humiliation, isolement) entraînant une
 - **dégradation** des **conditions** de travail
 - portant **atteinte** à la **dignité** ou à la santé psychologique.



PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

5

STRESS

Déséquilibre perçu entre

- les **contraintes** imposées par l'environnement professionnel
- les **ressources** (internes et externes) pour y faire face



PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

Souffrance psychologique

Anxiété
Burn out
Dépression
PTSD

6



Anxiété	Epuisement	Burnout
<p>Inquiétude excessive et persistante pouvant se traduire par des symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none">❖ psychiques (ruminations, difficultés de concentration)❖ somatiques (fatigue, troubles du sommeil).	<p>Etat de fatigue général qui peut être causé par divers facteurs et peut être temporaire (peut disparaître avec du repos)</p>	<p>Syndrome d'épuisement durable physique, émotionnel et mental <u>lié à un stress chronique.</u></p>

PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES AU CPMT

6

Souffrance psychologique

Anxiété
Burn out
Dépression
PTSD



PTSD

Trouble anxieux qui survient à la suite d'un événement traumatique vécu ou témoigné, impliquant un risque grave pour soi ou pour autrui.

Il se caractérise par :
des **reviviscences** de l'événement
un **évitement** des rappels du traumatisme
une **hyperactivation physiologique**
des **altérations cognitives et émotionnelles**

LES GRANDS COURANTS EN BREF



Cognitivo - comportemental

Modifier les schémas de pensée et les comportements dysfonctionnels



Psychodynamique / psychanalytique

Donner du sens à la souffrance via la mise en mots, la compréhension du passé



Systémique

Modifier les interactions et régulations du système de l'individu



Humaniste

Favoriser l'épanouissement, l'authenticité, la congruence



Intégratif

Combiner des outils issus de différents modèles pour plus de flexibilité et d'efficacité



THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC)



- **Fondements** : Basée sur l'inconscient, l'histoire personnelle et les conflits internes non résolus.
- **Objectif** : Comprendre les causes profondes des comportements, émotions et symptômes pour favoriser l'intégration et le changement.
- **Techniques** : Analyse des rêves, libre association, interprétation des résistances et transferts, travail sur les relations passées et actuelles.
- **Durée** : Variable, souvent longue (plusieurs mois à années selon les objectifs).
- **Efficacité** : Efficace pour troubles de la personnalité, dépressions chroniques et certaines problématiques relationnelles. Les études montrent des effets durables, mais moins brève que les TCC.

THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC)



- **Fondements** : Basée sur le modèle cognitif et comportemental. Les pensées influencent les émotions et comportements.
- **Objectif** : Modifier les schémas cognitifs et comportements dysfonctionnels.
- **Techniques** : Restructuration cognitive, exposition, entraînement aux compétences.
- **Durée : Brève (8-20 séances)**.
- **Efficacité** : Forte pour troubles anxieux, dépression, TOC, addictions. Validée par de nombreuses méta-analyses.

THÉRAPIE SYSTÉMIQUE



- **Fondements** : Le problème est vu dans le contexte des interactions dans le système.
- **Objectif** : Modifier les dynamiques relationnelles, améliorer la communication.
- **Techniques** : Vue systémique, recadrage, interventions sur les rôles.
- **Durée** : Variable (10-30 séances).
- **Efficacité** : Recommandée pour les conflits et la communication.

THÉRAPIE HUMANISTE



- **Fondements** : Basée sur la croissance personnelle et l'actualisation de soi.
- **Objectif** : Favoriser l'autonomie, l'acceptation de soi.
- **Techniques** : Écoute active, empathie, congruence.
- **Durée** : Variable.
- **Efficacité** : Moins étudiée, mais effets positifs pour détresse psychologique et développement personnel.

Ex : entretien motivationnel, mindfulness

THÉRAPIE INTÉGRATIVE



- **Fondements** : Combine des éléments de plusieurs approches thérapeutiques (humaniste, TCC, psychodynamique, systémique) pour répondre aux besoins spécifiques du patient.
- **Objectif** : Adapter la thérapie au profil et aux objectifs du patient, maximiser l'efficacité en combinant méthodes et techniques.
- **Techniques** : Mélange flexible : restructuration cognitive, travail sur émotions, exploration psychodynamique, exercices relationnels ou corporels selon le cas.
- **Durée** : Variable selon le patient et les objectifs (brève à moyenne durée).
- **Efficacité** : Pertinent pour troubles mixtes ou complexes, patients résistants à une seule approche, ou lorsque la flexibilité est nécessaire.

L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉAPIES

- **Garantir** efficacité et sécurité.
- **Orienter** les politiques de santé et les pratiques.
- **Répondre** aux critiques historiques ("inefficacité présumée").

- Essais contrôlés randomisés (ECR) : mesure de la causalité.
- Méta-analyses : synthèse globale de résultats.
- Études naturalistes et qualitatives : compréhension des processus réels.
- Indicateurs : symptômes, fonctionnement, qualité de vie, maintien des effets.

"Les psychothérapies montrent une efficacité comparable à celle des médicaments pour de nombreux troubles mentaux (SMD ≈ 0,34 vs 0,36)." Leichsenring et al., 2022 ; Cuijpers et al., 2021.

PROBLÉMATIQUE	SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE	APPROCHES RECOMMANDÉES	DURÉE INDICATIVE
TRAUMA (PTSD)	Stress post-traumatique	EMDR, TCC centrée trauma	5-20 séances à quelques mois
STRESS CHRONIQUE / ANXIÉTÉ	Anxiété, troubles liés au stress	TCC, pleine conscience(en seconde ligne) + CPAP	10-20 séances
CONFLITS INTERPERSONNELS	Souffrance relationnelle	Systémique, TIP*, coaching, médiation, conciliation + CPAP	10-30 séances
HARCÈLEMENT	Dépression, anxiété	Systémique, TIP, coaching, médiation, conciliation + CPAP	10-30 séances
EPUISEMENT / BURNOUT	Burnout, détresse psychologique	Approche pluridisciplinaire, TCC, pleine conscience	Variable
ADDICTIONS	Dépendances	Approche pluridisciplinaire, TCC, entretien motivationnel, groupes de soutien	10-20 séances

* Thérapie interpersonnelle

QUAND & VERS QUI ORIENTER

Quand proposer une psychothérapie ?

- **Persistance des symptômes** au-delà de 4-6 semaines malgré mesures de soutien.
- **Répétition d'arrêts** ou de plaintes somatiques inexplicquées.
- **Altération** du fonctionnement social/professionnel

Vers qui orienter selon le besoin ?

- **Psychologue clinicien** en cas de *souffrance psychique sans pathologie psychiatrique*.
- **Psychiatre** en cas de *suspicion de trouble majeur et/ou de risque suicidaire*.
- **Médecin traitant** en cas de *coordination, relais médicamenteux éventuel*.
- **Psychothérapeute agréé** en cas d'*accompagnement structuré* (Soumis à des critères légaux belges).



ORIENTER LE PATIENT VERS LA PSYCHOTHÉRAPIE LA PLUS ADAPTÉE : REPÈRES CLÉS



En identifiant le trouble et le contexte, le médecin du travail devient un acteur clé d'une orientation thérapeutique efficace

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

- **Évaluation initiale structurée** (DSM-5 ou équivalent) pour identifier le trouble (médecin traitant, psychiatre).
- **Approche collaborative** : décision partagée entre patient et clinicien (psychoéducation)
- **Monitoring continu** par le clinicien, le patient et retour au médecin : ajuster la thérapie selon la progression et la satisfaction.

À retenir :

- Les **différences** entre approches sont souvent **faibles** ; les facteurs communs comptent beaucoup
- Le **succès dépend autant de la relation que des techniques**.



PSYCHOTHÉRAPEUTES : CADRE LÉGAL

La loi du 10 juillet 2016 (et son arrêté royal du 26 avril 2019) encadre la psychothérapie.

Elle **distingue** les **pratiques d'accompagnement psychologique** (non réservées) **des psychothérapies structurées** (réservées à certains professionnels).

Peut exercer la psychothérapie :

➤ Un **psychologue clinicien, orthopédagogue clinicien ou médecin** ayant suivi une formation complémentaire en psychothérapie reconnue (min. 4 ans, conforme au décret de 2016).

Ces professionnels peuvent proposer un **accompagnement structuré**, c'est-à-dire :

- **reposant sur un modèle théorique validé** (TCC, systémique, humaniste, etc.),
- utilisant des **méthodes et outils spécifiques** issus de ce modèle,
- dans un **cadre contractuel clair** (objectifs, durée, modalités, supervision, confidentialité).

Accompagnement structuré = psychothérapie au sens légal : une **intervention formalisée, évaluée, ancrée** dans un **référentiel scientifique**, et exercée **par un professionnel agréé**.

Un accompagnement de type coaching, de soutien ou de guidance n'entre pas dans ce cadre légal, même s'il peut être psychologiquement utile & pertinent.

CLÉS À RETENIR

01

Les différences entre approches sont faibles

Ce qui compte le plus, ce sont les facteurs communs de succès : alliance thérapeutique, motivation, contexte favorable.

02

L'efficacité dépend autant de la relation que de la technique

La qualité du lien entre patient et thérapeute est un prédicteur majeur d'amélioration.

03

Le rôle du médecin du travail est central

Détection précoce, orientation vers les bonnes ressources, coordination avec le réseau.

04

Le réseau d'intervenants est essentiel

Collaboration pluridisciplinaire (psychologue, psychiatre, CPAP, CPERgo, coach, médiateur, organisation) pour une prise en charge efficace.

RÉFÉRENCES

American Psychological Association (APA). (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts*. <https://www.apa.org>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025). *Managing Stress | Mental Health*.
<https://www.cdc.gov/mental-health/living-with/index.html>

Despland, J.-N., De Roten, Y., & Kramer, U. (2018). *L'évaluation des psychothérapies*. Cachan: Lavoisier Médecine Sciences. Collection Thérapies & Psychothérapies.

Johns Hopkins University Human Resources. (n.d.). *Coping with Traumatic Stress Reactions*.
<https://hr.jhu.edu/wp-content/uploads/JHEAP-Coping-with-Traumatic-Stress-Reactions.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (n.d.). *Trauma and Stress*.
<https://nida.nih.gov/research-topics/trauma-and-stress>

RÉFÉRENCES

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (n.d.). *Trauma-Informed Approaches and Programs*.

<https://www.samhsa.gov/mental-health/trauma-violence/trauma-informed-approaches-programs>

U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2023). *Overview of Psychotherapy for PTSD*. National Center for PTSD.

https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/overview_therapy.asp

University of Washington. (n.d.). *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for Adults*.

https://depts.washington.edu/wasafe/pdfs_docs/Adult%20TF-CBT%20Therapies%20Explanation%20handout.FINAL.pdf

World Health Organization (WHO). (2017). *Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550383>

RÉFÉRENCES

Articles scientifiques :

- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., et al. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454> [journals.plos.org]
- Cuijpers, P., Oud, M., Karyotaki, E., Noma, H., Quero, S., Cipriani, A., et al. (2021). Psychologic Treatment of Depression Compared With Pharmacotherapy and Combined Treatment in Primary Care: A Network Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 19(3), 262–270. <https://doi.org/10.1370/afm.2670> [annfammed.org]
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding Psychotherapy to Antidepressant Medication in Depression and Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Focus*, 12(3), 347–356. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.3.347> [psychiatryonline.org]

RÉFÉRENCES

Ihara, S., Katayama, N., Nogami, W., Amano, M., Noda, S., Kurata, C., et al. (2024). Comparison of changes in stress coping strategies between cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1343637. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1343637>

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: An umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), 133–145. <https://doi.org/10.1002/wps.20941> [psycnet.apa.org]

Commission des psychologues de Belgique : <https://www.compsy.be/>

Cesi One.

Merci !

