



# Cesi One.

**CESI** GROUP

[WWW.CESI.BE](http://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.

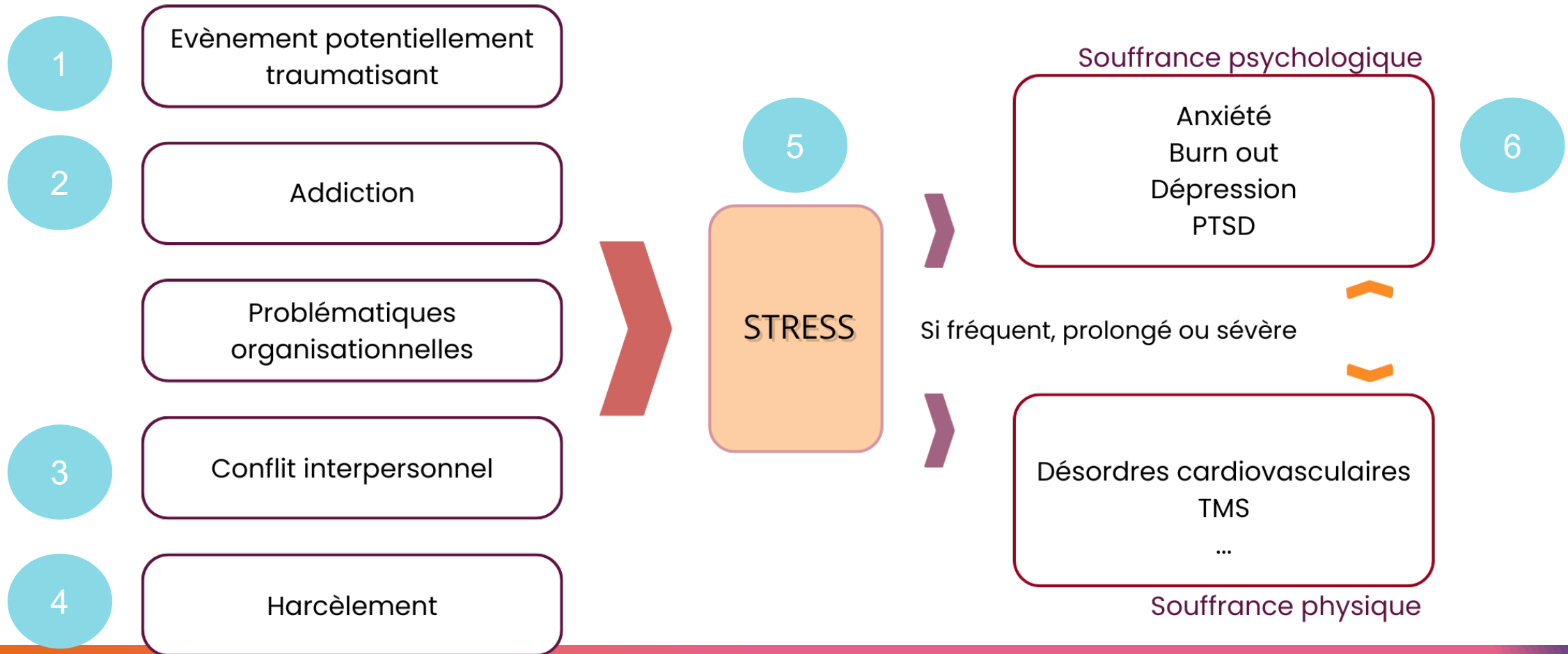
## Rôle important des acteurs

---

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 : Agression, 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

6

Souffrance psychologique

Anxiété  
Burn out  
Dépression  
PTSD



## Anxiété

**Inquiétude excessive et persistante** pouvant se traduire par des symptômes :

- ❖ **psychiques** (ruminations, difficultés de concentration)
- ❖ **somatiques** (fatigue, troubles du sommeil).

## Epuisement

Etat de **fatigue général** qui peut être causé par divers facteurs et peut être **temporaire** (peut disparaître avec du repos)

## Burnout

Syndrome **d'épuisement durable** physique, émotionnel et mental lié à un stress chronique.

# 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)



## Psychodynamique / psychanalytique

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

- **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)



## Cognitivo - comportemental

Modifier les schémas  
de pensée et les  
comportements  
dysfonctionnels

- **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



## Systémique

Modifier les interactions  
et régulations du  
système de l'individu

- **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



## Humaniste

Favoriser  
l'épanouissement,  
l'authenticité, la  
congruence

- **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



## Intégratif

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

- **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 PSYCHOTHÉRAPIES

- **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  $\approx$  0,34 vs 0,36)."*  
Leichsenring et al., 2022 ; Cuijpers et al., 2021.

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

## PROBLÉMATIQUE CIBLÉE

**Identifier** la nature du trouble  
(anxiété, dépression,  
personnalité, relationnel, etc.),  
**évaluer** son intensité et le  
niveau de complexité

*Bien nommer c'est orienter*

## FACTEURS COMMUNS DE SUCCÈS

**Alliance thérapeutique**  
**Motivation**  
**Contexte**  
**Ressources**  
**Cohérence du message** entre  
médecins & thérapeutes

*Clés du changement*

## ACCESSIBILITÉ & PRÉFÉRENCES

**Coût** & modalités de  
remboursement  
**Format**  
**Disponibilité**  
**Affinité** entre patient &  
thérapeute

*Adapter à la réalité du  
patient*

*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](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](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/fpsyt.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>  
[\[psycnet.apa.org\]](https://psycnet.apa.org)

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

# Cesi One.

## **Merci !**

