

Cartographie des initiatives en santé mentale et travail en Belgique

Rapport final

Novembre 2024

Chercheurs :

T. Pirsoul (ULiège), M. Parmentier (ULiège), W. Vleugels (ULiège), F. Pichault (ULiège)

Responsable académique du projet :

M. Parmentier (ULiège)

Cartographie des initiatives en santé mentale et travail en Belgique pour le compte du SPF BOSA, en collaboration avec le Réseau Santé Mentale & Travail

Rapport final de recherche

Partenaires

HEC Liège – Management School, le Laboratoire d'Études sur les Nouvelles formes de Travail, l'Innovation et le Changement (LENTIC) Dr. Thomas Pirsoul Prof. Michaël Parmentier Prof. Wouter Vleugels Prof. François Pichault Université de Liège – Unité de Valorisation des Ressources Humaines (VALoRH) Prof. Isabelle Hansez Prof. Nancy Durieux Céline Leclercq RIZIV-INAMI Aicha Guellil Lanah Verbraeken Fiona Vandenhoven Saskia Decuman FOD Werkgelegenheid – SPF Emploi Véronique Crutzen Lanthe Claes Mélanie Straetmans Camille Devalckeneer	FEDRIS Caroline Dendoncker Florence Lebrun FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale Charlotte Leclere Laurence Demonty SPF BOSA Marie-Odette Katshinda Jelle Devroey Béatrice Merchie FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique Sylvie Gérard Els Tobback INASTI Philippe Defraene EMPREVA Seth Lemaire
---	--

Financé par le SPF BOSA
Responsable : Marie-Odette Katshinda

Titre : Cartographie des initiatives en santé mentale et travail en Belgique.

Auteurs : Thomas Pirsoul (HEC Liège, ULiège), Michaël Parmentier (HEC Liège, ULiège), Wouteur Vleugels (HEC Liège, ULiège), François Pichault (HEC Liège, ULiège).

Experts externes : Isabelle Hansez (ULiège), Nancy Durieux (ULiège), Céline Leclercq (ULiège).

Partenaires : Réseau Santé Mentale et Travail incluant SPF Sécurité Sociale (Sécu), SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (Emploi), Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS), SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (Santé publique), Conseil supérieur de santé (CSS), Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (INASTI), EMPREVA SPF Stratégie et Appui (BOSA).

Les analyses, opinions, et recommandations exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position des organismes publics ou gouvernementaux impliqués.

Table des matières

Introduction et contexte	7
1. Qu'est-ce que la santé mentale, la santé au travail et la santé mentale au travail ?.....	10
1.1 La santé mentale	10
1.2 La santé au travail.....	10
1.3 La santé mentale au travail	12
2. Comment définir le concept d'initiative ?	13
3. Objectifs généraux du projet de recherche	14
3.1. Objectifs.....	14
3.2. Implications pratiques	14
4. Méthode	15
4.1. Déroulement du projet.....	15
4.1.1 Phase 1.....	15
4.1.2 Phase 2.....	15
5. Phase 1 — Méthodes	16
5.1. Public cible du projet	16
5.2. Définition du terme « réseau ».....	16
5.3. Méthodologie concernant la classification des initiatives en santé mentale.....	18
5.4. Mots-clés utilisés	19
5.5. Phase 1 — Résultats descriptifs.....	24
5.5.1 Analyses descriptives et quantitatives des initiatives.....	24
5.5.2 Nombres d'initiatives par densité de population	25
5.5.3 Nombre d'initiatives en fonction du nombre de travailleurs en invalidité	27
5.5.4 Pluridisciplinarité des initiatives	29
5.5.5 Types d'intervenants	29
5.5.6 Types de bénéficiaires	30
5.5.7 Informations sur la nature des initiatives	31
5.6. Analyses descriptives des formations	31
5.7. Analyse descriptive des réseaux.....	32
6. Phase 2 — Évaluation des initiatives en santé mentale liées au travail en Belgique	33
6.1. Rappel des objectifs de la phase 2	33
6.2. L'importance d'une approche basée sur les données probantes.....	33
6.3. Méthodologie	37
6.4. Résultats de l'Étape 1	40

6.5	Étape 2	41
6.5.1	Identification des guides et synthèses scientifiques	41
6.5.2	Identification des guides et synthèses scientifiques	43
6.6	Étape 3 : Revues systématiques et méta-analyses additionnelles identifiées	48
6.7	Étape 4 : Évaluation et classification des initiatives sur base des recommandations scientifiques et des guides scientifiques	52
6.7.1	Interventions recommandées.....	53
6.7.2	Interventions démontrant des bénéfices, mais nécessitant de nouvelles recherches.....	54
6.7.3	Interventions présentant des bénéfices, mais dont les études présentent de nombreux biais méthodologiques	59
6.7.4	Interventions ne démontrant aucun effet ou information	62
7	Analyse des besoins rencontrés et non rencontrés	74
7.1	Besoins rencontrés	74
7.2	Besoins non rencontrés et recommandations	75
7.2.1	Au niveau du terrain	76
7.2.2	Au niveau de la recherche.....	78
7.3	Recommandations supplémentaires	79
8	Les forces et les limites et de cette recherche.....	80
8.1	Les forces	80
8.2	Les limites.....	81
9	Conclusion générale.....	83
	Références.....	84

Liste des abréviations

AC : Activation comportementale

AMSTAR : *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*

APA : American Psychological Association

ASBL : Association sans but lucratif

BOSA : Service Public Fédéral Stratégie et Appui

CSS : Conseil Supérieur de la Santé

EBP : Evidence-based practice

EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (ou désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires en français)

FEDRIS: Agence Fédérale des Risques Professionnels

GDG : Groupe de travail pour les lignes directrices

GPC : Guide de pratique clinique

GRADE: *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

HAS : Haute Autorité de Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

INSERM : Institut National de la santé et de la Recherche Médicale

LENTIC : Laboratoire d'Études sur les Nouvelles formes de Travail, l'Innovation et le Changement

MBSR: *Mindfulness based on stress reduction*

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*

OIT : Organisation Internationale du travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PERMA : Positive emotion, Engagement, Positive Relationships, Meaning, Accomplishment

PNL : Programmation neuro-linguistique

RGPD : Règlement Général pour la Protection des Données

RPS : Risques psycho-sociaux

RUCHE : *Research Unit for a life-Course perspective on Health & Education*

Sécu : SPF Sécurité Sociale

SPW Emploi formation : Département de l'Emploi et de la Formation professionnelle du travail Public de Wallonie

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

ValoRH : Unité de Valorisation des Ressources Humaines (Université de Liège)

Rapport final – Novembre 2024 Cartographie des initiatives en santé mentale et travail en Belgique
--

Introduction et contexte

Depuis plusieurs années, des changements sociétaux sont observés aussi bien au niveau du contexte démographique que technologique et économique. Le monde professionnel étant également affecté par ces évolutions, les conditions de travail évoluent et demandent aux travailleurs davantage de flexibilité, des carrières plus longues et induisent des frontières moins nettes entre la vie professionnelle et la vie privée, rendant le monde du travail plus imprévisible et incertain (Greenhaus et al., 2008). En réaction à ces modifications, les travailleurs ressentent davantage de pression professionnelle et peuvent développer des problèmes de santé physique ou mentale. Parmi les problèmes de santé mentale, on peut notamment compter les affections mentales liées au travail, comme le stress, le burnout ou la dépression. Selon l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI; 2021), en Belgique, 36,44% des travailleurs belges en invalidité le sont pour trouble mental, dont 66,39% pour dépression ou burnout. Entre 2016 et 2021, on enregistre une augmentation de 46,35% d'incapacité de travail pour cause de dépression ou burnout. En 2020, plus de 1,6 milliard d'euros ont été dépensés en indemnités d'invalidité en raison d'une dépression ou d'un burnout.

Devant l'ampleur du phénomène, nous pouvons comprendre que le domaine de la santé mentale et du travail soit l'une des priorités des cellules stratégiques concernées au niveau fédéral en Belgique. Le Réseau Fédéral Santé Mentale et Travail met principalement l'accent sur le vaste domaine de la « *santé mentale et du travail* », comme démontré par la récente initiative du projet pilote burnout, coordonné par l'Agence Fédérale Des Risques Professionnels (FEDRIS), qui a démontré l'efficacité de la prise en charge proposée concernant les affections liées au burnout (FEDRIS, 2023; Hansez & Braeckman, 2023).

Pour pouvoir agir sur les problèmes de santé mentale en lien avec le travail, le réseau fédéral et les initiatives mises en place relèvent traditionnellement de trois niveaux de prévention. Ces niveaux sont définis comme suit (Loriol, 2010; Schaufeli & Enzmann, 1998):

1. **Prévention primaire** : L'objectif de la prévention primaire est de réduire l'incidence d'une maladie au sein d'une population et d'éviter ainsi de nouveaux cas. Traduit dans le domaine de la santé mentale et du travail, cela signifie réduire les risques à la source par l'employeur. La prévention primaire des risques psychosociaux implique des actions au niveau collectif visant à réduire l'exposition des travailleurs aux facteurs de risque ; les risques psychosociaux étant définis comme suit : la probabilité qu'un ou plusieurs travailleurs subissent un dommage psychique qui

peut également s'accompagner d'un dommage physique suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquels l'employeur a un impact et qui comporte objectivement un danger.

2. **Prévention secondaire** : Cette étape de la prévention comprend toutes les actions entreprises chez les personnes présentant des risques et/ou des symptômes préexistants situés au début d'un trouble ou d'une maladie dans le but d'éviter la progression de la maladie ou du trouble. Dans ce contexte, le dépistage a une place importante, mais aussi les diagnostics et les traitements proposés. En ce qui concerne la « santé mentale et le travail », il s'agit d'éviter que les personnes n'entrent en incapacité de travail (accent mis sur le maintien au travail) ou d'éviter que les personnes qui sont déjà en incapacité de travail ne le restent pour une longue période (accent mis sur le retour rapide au travail).
3. **Prévention tertiaire** : L'objectif de la prévention tertiaire est de réduire la prévalence de l'invalidité chronique, des comorbidités ou des rechutes dans la population, c'est-à-dire des périodes (récurrentes) de maladie et/ou d'invalidité de longue durée. Elle concerne donc la réduction des effets et des conséquences d'une maladie dans différents domaines de la vie, médicale, psychologique, social et économique et le traitement correspondant. En termes de « santé mentale et travail », il s'agit de cibler les personnes en incapacité de travail dans le but de les réintégrer le plus tôt possible (et d'éviter ainsi que des personnes ne se retrouvent en incapacité de travail de longue durée).

Il est important de mentionner que ces niveaux de prévention ne s'articulent pas de manière linéaire. Par exemple, une prise en charge au niveau secondaire ou tertiaire n'exclut pas la nécessité d'un retour à la prévention primaire, primordiale pour l'intégration de la dimension collective. De plus, la littérature scientifique soutient qu'il existe à ce stade encore peu de connaissances concernant les interventions secondaires et tertiaires, bien que les études soutiennent leur nécessité afin de prévenir les effets néfastes du burnout et d'un retour favorable au travail (Ahola et al., 2017). Répertorier les initiatives en termes de santé mentale et travail offre donc des avantages à différents niveaux : (1) identifier la spécificité des initiatives, des acteurs de ces initiatives et du caractère structuré de ces interventions afin de (2) faciliter l'accès à des soins de qualité et adaptés aux difficultés des personnes et à la sévérité de la souffrance constatée (Karlson et al., 2010). Cela permettra également de (3) favoriser les synergies entre les acteurs de première ligne (ex : médecins généralistes), les organisations et les personnes en souffrance.

Globalement, la prévention primaire bénéficie d'une législation forte en Belgique et est prise en charge par l'employeur à travers sa gestion dynamique des risques, qui est par ailleurs épaulé par les experts des services internes et externes de prévention (SPF Emploi, Travail, et Concertation Sociale, 2024). D'autres prestataires en dehors des acteurs légaux de la prévention, comme des intervenants psychosociaux indépendants ou affiliés à des structures, peuvent également être appelés par les entreprises pour

œuvrer à la prévention des risques psychosociaux. Quant aux initiatives concernant respectivement la prévention secondaire et tertiaire, il est plus difficile de cerner le périmètre des acteurs et opérateurs potentiels. Pour l'intégration en milieu de travail des travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale, différents dispositifs d'insertion par le travail pour usagers souffrant de problèmes de santé mentale existent.

Bien qu'un ensemble d'approches et d'initiatives soient présentes et soient visibles par le biais du réseau fédéral et des initiatives régionales (ex : L'Office wallon de la Formation professionnelle et de l'Emploi, Actiris, De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding), aucun travail de recensement n'a à ce jour été réalisé. Pour veiller à favoriser la visibilité et la synergie entre les acteurs de terrain et les personnes susceptibles de souffrir d'affections mentales liées au travail ou en souffrance à la suite de difficultés socio-professionnelles, le BOSA — SPF Stratégie & Appui a accepté la proposition du Laboratoire d'Études sur les Nouvelles formes de Travail, l'Innovation et le Changement (LENTIC), affilié à HEC Liège — Management School pour réaliser ce projet de recherche. Le présent projet de recherche avait donc pour ambition de réaliser un **inventaire et une cartographie par régions et provinces des initiatives en santé mentale et travail en Belgique, ainsi qu'identifier les besoins rencontrés et ceux non rencontrés sur base de la littérature scientifique**. Cette recherche est également réalisée en concertation avec le Réseau Santé Mentale & Travail, regroupant les différents partenaires fédéraux suivants : SPF Sécurité Sociale (Sécu), SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (Emploi), Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS), SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (Santé publique), Conseil supérieur de santé (CSS), Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (INASTI), EMPREVA, SPF Stratégie et Appui (BOSA), ainsi que l'appui des Professeures Isabelle Hansez (ValoRH ; ULiège) et Nancy Durieux (RUCHE ; ULiège) et de la chercheuse Céline Leclercq (ValoRH ; ULiège).

Le présent rapport sera structuré de manière à offrir une analyse approfondie des initiatives en matière de santé mentale au travail en Belgique. Il commencera par une définition des concepts clés de santé mentale, santé au travail, et santé mentale au travail. Ensuite, il examinera la notion d'initiative, avant de présenter la problématique et les objectifs de la recherche. La méthodologie sera décrite en détail à travers deux phases : une première phase centrée sur la recension et l'analyse descriptive des initiatives, des formations et des réseaux, suivie d'une seconde phase dédiée à l'évaluation scientifique des interventions proposées par les initiatives. Le rapport se penchera également sur les besoins rencontrés et non-rencontrés, avant de proposer des recommandations supplémentaires. Le présent rapport se terminera par une conclusion générale et une discussion des limites.

1. Qu'est-ce que la santé mentale, la santé au travail et la santé mentale au travail ?

1.1 La santé mentale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale correspond à « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* » (2022). Par ailleurs, la santé mentale « *ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental.* » Conscient du fait que la différence à travers les pays en termes de valeurs, de culture et de conditions sociales peut influencer le consensus général sur la définition de la santé mentale, l'association mondiale de psychiatrie (Galderisi et al., 2015) définit quant à elle la santé mentale comme « *un état dynamique d'équilibre interne qui permet aux individus d'utiliser leurs habilités en harmonie avec les valeurs universelles de la société. Les compétences cognitives et sociales de base ; la capacité à reconnaître, exprimer et moduler ses propres émotions, ainsi qu'à éprouver de l'empathie pour les autres ; la flexibilité et la capacité à faire face aux événements de la vie et à fonctionner dans des rôles sociaux ; et la relation harmonieuse entre le corps et l'esprit représentent des composantes importantes de la santé mentale qui contribuent, à des degrés divers, à l'état d'équilibre interne.* »

Il est dès lors important de souligner que les recherches en psychologie et en psychiatrie utilisent régulièrement le terme « santé mentale », bien que les recherches dans le domaine organisationnel réfèrent davantage au terme « bien-être » (Murphy, 2000). Les chercheurs et organisations de santé utilisent donc à la fois la notion de « mal-être » ou « ill-being » en anglais, et de « bien-être » ou « well-being » en anglais.

1.2 La santé au travail

Historiquement, la notion de santé mentale au travail a d'abord été catégorisée dans le champ plus large de la santé. À ce titre, l'OMS, dans sa constitution en 1948, et l'Organisation Internationale du travail (OIT) ont défini la santé comme « *la promotion et le maintien d'un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ce paradigme global de la santé se développe donc depuis la seconde moitié du 19^e siècle, dépassant le modèle « médical », qui définit la santé par l'absence de maladie. Elles définissent également la santé et sécurité au travail comme « *La promotion et le maintien du plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions.* » (OIT, Document sur la sécurité et la santé au travail 2016-2020, p.19). À ce moment, trois grands niveaux de prévention, que nous avons déjà définis, ont vu le jour.

Une des directives suivantes les plus importantes est la directive 89/391/CEE du Conseil, en date du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

En 1995, le comité mixte OIT/OMS a révisé la santé au travail à sa 12^e session¹ : « *La santé au travail devrait viser les objectifs suivants : promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de travail; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses capacités physiologiques et psychologiques; en somme, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.* » Selon le comité mixte, la santé au travail vise trois objectifs principaux :

- Le maintien et la promotion de la santé des travailleurs et de leur aptitude au travail ;
- L'amélioration des conditions et du milieu de travail pour assurer la sécurité et la santé au travail ;
- L'adoption de systèmes d'organisation du travail et de cultures d'entreprise susceptibles de contribuer à la sécurité et à la santé au travail et de promouvoir un climat social positif et le bon fonctionnement de l'entreprise.

Depuis 1996, en Belgique, le cadre réglementaire général est déterminé par la Loi sur le Bien-être au Travail. Elle remplace progressivement les prescriptions du Règlement Général pour la Protection du Travail (RGPT) précédemment en vigueur. Alors que le RGPT contenait un ensemble de règles techniques par secteur ou par activité, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail impose des normes générales que l'employeur doit mettre en œuvre via un plan de bien-être adapté. Le bien-être au travail est ainsi défini comme (1) la sécurité au travail ; (2) la protection de la santé des travailleurs ; (3) les aspects psychosociaux du travail ; (4) l'hygiène du travail ; et (5) l'embellissement des lieux de travail.

Dans cette perspective, une approche plus globale de la sécurité et de la santé au travail a été développée au niveau européen et national. Cette vision élargie concerne notamment la charge de travail à long terme, ainsi que la charge psychique et mentale du travail. Cette évolution va de pair avec le développement d'un modèle aujourd'hui considéré comme central dans la compréhension du burnout professionnel : le Job Demands-Resources Model (Bakker et al., 2023). Ce modèle stipule que, lorsque les exigences du travail sont hautes et que les ressources sont insuffisantes pour gérer ces exigences, le niveau d'épuisement professionnel augmente. Les exigences et les ressources de l'individu peuvent découler à la fois de la nature des tâches elles-mêmes, du rythme de travail et de l'environnement physique, des relations quotidiennes avec les collègues et les supérieurs, ainsi que de la sécurité de l'emploi,

¹ Bureau international du travail (1998). *Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs.*

du nombre d'heures de travail et des horaires de travail qui peuvent impacter le bien-être des travailleurs.

Récemment, un plan d'action national pour améliorer le bien-être des travailleurs a vu le jour sous le cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail pour la période 2021-2027 (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2021). Ce plan définit les objectifs à atteindre dans le domaine du bien-être au travail dans les prochaines années. Ce plan soutient notamment la prévention des risques psychosociaux et des troubles musculosquelettiques ainsi que la prévention de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux. Ce plan met également l'accent sur les groupes vulnérables et vise à promouvoir la réintégration des travailleurs en incapacité de travail (lien entre la prévention tertiaire et primaire). Ce plan s'intéresse également aux nouvelles façons de travailler, notamment le télétravail.

Le travail peut donner un sens à l'existence, permettre un accès à des ressources financières et contribuer à l'identité du travailleur. Cependant, des conditions de travail défavorables ou des changements importants peuvent entraîner une souffrance psychologique. Ces situations sont regroupées sous le terme de risques psychosociaux.

Au-delà du cadre légal imposé aux entreprises, la question demeure de savoir quelles sont les initiatives existantes une fois que la personne est en souffrance ou ne travaille plus. Ainsi, la santé mentale peut être considérée au-delà de la simple absence de maladie mentale et de détresse psychologique. Elle inclut donc également la notion de bien-être psychologique.

1.3 La santé mentale au travail

Concernant la santé mentale au travail, aucune définition ou consensus scientifique n'est proposé dans la littérature ou par les organismes de la santé, telle que l'OMS. Dans la majorité des cas, la santé mentale et le travail sont considérés comme des éléments distincts, pouvant s'influencer mutuellement. Dans son rapport sur les lignes directrices sur la santé mentale au travail (2022), l'OMS soutient d'ailleurs l'idée que *« le travail et la santé mentale sont étroitement liés. Un environnement de travail sécurisé et sain soutient la santé mentale, et une bonne santé mentale favorise les individus à travailler productivement »* (Lignes directrices sur la santé mentale au travail : résumé d'orientation, 2022, p. 3). D'une part, un environnement de travail sécurisé et sain favorise une bonne santé mentale des travailleurs, mais une bonne santé mentale encourage le travailleur à travailler de manière productive. L'OMS souligne donc que la santé mentale peut être influencée par des facteurs de risques liés à la sphère du travail, appelés risques psychosociaux.

Dans le prolongement de ces constats et de notre projet de recherche visant à identifier les initiatives en santé mentale et travail relatives aux différents niveaux de prévention, avec un focus particulier sur la prévention secondaire et tertiaire, nous avons décidé de définir la santé mentale liée au travail de deux façons.

Premièrement, nous définissons la santé mentale au travail selon l'angle des risques psychosociaux. Selon le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, les risques psychosociaux liés au travail recouvrent « *la probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquels l'employeur a un impact et qui comporte objectivement un danger.* » Les indicateurs de santé mentale au travail peuvent donc se définir comme l'ensemble des manifestations survenant à la suite d'une exposition à ces risques psychosociaux. Selon le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2024), les manifestations les plus connues de ces risques psychosociaux, pouvant être considérées comme des indicateurs de souffrance au travail, incluent 1) le stress, 2) le harcèlement (moral ou sexuel), 3) le burnout, 4) les conflits, 5) le suicide (ou tentative), et 6) l'abus d'alcool ou de drogues.

Deuxièmement, et en lien avec l'OMS définissant la santé mentale non pas seulement comme une absence de problèmes de santé mentale, la santé mentale au travail renvoie également au concept de bien-être et est généralement définie comme un concept large référant à l'évaluation des individus sur leur vie et à leur fonctionnement psychologique et expérience optimale (Ryan & Deci, 2001). Deux grandes perspectives ont émergé dans la littérature. La première concerne la **vision hédonique** et se concentre sur le bien-être en tant que plaisir et bien-être. Elle recouvre le bien-être subjectif et comprend comme composantes essentielles l'expérience d'affects positifs, l'expérience de faibles niveaux d'affects négatifs et des niveaux élevés de satisfaction de vie (Diener, 2000). La deuxième perspective adopte une **vision eudémonique** qui considère le bien-être comme 1) la croissance personnelle et l'auto-réalisation, 2) l'authenticité et l'expressivité personnelle, et 3) la recherche de sens dans la vie (Ryff, 1995). Ainsi, tandis que le bien-être hédonique est conceptualisé principalement comme une expérience subjective de bien-être, le bien-être eudémonique fait principalement référence à mener une vie bonne et qui procure du sens à l'individu. Les études dans le domaine organisationnel et du travail ont principalement fait référence au bien-être hédonique, bien qu'une série d'études font référence à la vision eudémonique à travers les concepts de sens au travail (Rosso et al., 2010) ou de développement (Sonenshein et al., 2013).

2. Comment définir le concept d'initiative ?

Lorsque l'on se penche sur la question de la définition du terme « initiative », il est étonnant de remarquer qu'aucune définition spécifique du terme et aucun consensus

clair n'émerge dans les articles scientifiques. D'ailleurs, selon Nouvelot (2011), la notion d'initiative n'a jamais fait l'objet d'une analyse conceptuelle précise comme d'autres termes psychosociaux, tels qu'engagement, acteurs ou implications. Selon cette auteure, la notion d'initiative renverrait simultanément à un ensemble de comportements et d'actions individuelles et/ou collectives dans un objectif d'anticiper ou de changer le cours des événements. Elle sensibilise donc à la question de l'individu et de groupe social.

Bien que la santé mentale au travail concerne non seulement les acteurs de l'entreprise et du travail (ex : managers, ressources humaines, travailleurs, salariés, indépendants, fonctionnaires publics) et de la prévention (ex : conseiller en prévention, médecin du travail), elle concerne également d'autres acteurs, tels que les acteurs de la santé (mentale) (ex : médecin généraliste, psychologue).

Afin de pouvoir circonscrire et identifier les initiatives en santé mentale et travail ciblant la **prévention secondaire** et la **prévention tertiaire**, l'équipe de recherche du LENTIC a décidé de définir les initiatives en santé mentale comme « *l'ensemble des actions planifiées et/ou mises en œuvre qui sensibilisent, organisent, coordonnent, intègrent ou proposent des interventions à destination des acteurs du travail adultes, qu'ils ne présentent pas de symptômes, qu'ils en présentent ou qu'ils soient en incapacité de travail pour raisons de santé mentale et/ou prévoient et/ou réalisent un retour au travail. L'objectif des initiatives est d'améliorer la santé (mentale) ou le bien-être d'une série d'acteurs du travail ou de la société et peut prendre la forme d'une structure, d'un réseau ou toute autre forme permettant la planification ou l'exécution de ses actions.* » Nous avons également décidé d'exclure l'ensemble des initiatives qui seraient composées d'intervenants individuels (indépendants en profession libérale) afin de circonscrire la démarche du projet.

3. Objectifs généraux du projet de recherche

3.1. Objectifs

Les objectifs généraux correspondaient aux objectifs opérationnels suivants :

- 1) Identifier et recenser les initiatives en santé mentale liée à des affections résultant d'une souffrance au travail ou à la santé mentale au travail sur le territoire belge (prévention secondaire et tertiaire) ;
- 2) Cartographier ces initiatives en fonction des différentes régions, provinces et communautés du territoire belge ;
- 3) Décrire la nature de ces initiatives ;
- 4) Évaluer dans quelle mesure ces initiatives répondent aux critères des recommandations scientifiques et cliniques en termes de diagnostic, de prise en charge et de soutien.

3.2. Implications pratiques

En termes d'implication pratique, ce projet poursuit également les objectifs suivants :

- 1) Accroître la visibilité des initiatives existantes et faciliter la consultation de cette recension pour les bénéficiaires et intervenants ;
- 2) Informer sur la nature de ces initiatives ;
- 3) Favoriser des synergies entre les différentes initiatives, acteurs de terrain (acteurs de la santé [mentale]) et personnes en souffrance ;
- 4) Permettre l'identification des besoins rencontrés et non rencontrés et des pistes d'action complémentaires à développer en matière de santé mentale ;
- 5) Sensibiliser les intervenants et bénéficiaires à l'importance d'un travail intégratif et en réseau concernant les difficultés liées à la santé mentale et au travail.

4. Méthode

4.1. Déroulement du projet

Le projet de recherche a été convenu en deux grandes phases se déroulant respectivement de décembre 2023 à mai 2024 (Phase 1) et de mai 2024 à novembre 2024 (Phase 2).

4.1.1 Phase 1

La première étape de la phase 1 était de définir les manières de procéder permettant de recenser et de classer les différentes initiatives en santé mentale et travail selon les 3 niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire, avec un accent sur les niveaux de prévention secondaire et tertiaire. La deuxième étape de la phase 1 était d'inventorier les initiatives existantes selon une série de critères (ex : formation des intervenants, région, ville...). La troisième étape de la phase 1 était de proposer une manière de procéder permettant d'évaluer le « niveau de preuve » de ces initiatives en respectant les principes de *l'evidence-based practice*.

En parallèle de ces premières tâches, deux autres objectifs ont été opérationnalisés : 1) un inventaire des formations disponibles à destination des professionnels et intervenants de la santé mentale en lien avec le travail et 2) un inventaire des réseaux en santé mentale et travail.

4.1.2 Phase 2

La phase 2, qui s'est déroulée de mai 2024 à novembre 2024, visait à 1) évaluer la nature des initiatives selon une classification « evidence-based », 2) identifier les interventions proposées par les initiatives et 3) identifier les besoins rencontrés et non rencontrés en termes d'initiatives portant sur la santé mentale et travail en Belgique.

5. Phase 1 — Méthodes

5.1. Public cible du projet

Afin de pouvoir répondre aux objectifs préalablement cités, il nous semble important de premièrement définir le public cible impliqué dans les initiatives afin de circonscrire et de déterminer les critères d'inclusion dans l'inventaire des initiatives. En effet, la promotion de la santé mentale et du bien-être liés au travail implique une diversité d'acteurs au niveau belge.

Au niveau de la prévention primaire, nous retrouvons premièrement les **acteurs internes à l'entreprise**, à savoir les supérieurs hiérarchiques, les ressources humaines, les conseillers en prévention, et les personnes de confiance. Ces derniers disposent d'un cadre légal pour favoriser et promouvoir le bien-être des travailleurs au sein de leur organisation (Loi du 4 août 1996). Par ailleurs, d'autres acteurs, externes à l'organisation, jouent également un rôle crucial que sont les **acteurs de la prévention**, tels que les conseillers en prévention, dont les conseillers en prévention des aspects psychosociaux et le médecin du travail.

Lorsque les efforts au sein de l'organisation ne suffisent pas à prévenir l'apparition de symptômes psychologiques ou physiques chez le travailleur à la suite de situations de stress au travail, ces derniers ont l'occasion de se tourner vers différents **acteurs de la santé**, tels que leur médecin traitant, un psychologue, un médecin du travail, un médecin-conseil ou un psychiatre dans les cas plus complexes. Ces acteurs peuvent aider l'individu à mieux identifier les situations de stress au travail et augmenter les ressources de l'individu (prévention secondaire) ou, dans les cas plus avancés, proposer une intervention et/ou accompagner le retour au travail (prévention tertiaire).

Dans ce projet, notre objectif est de mettre en lumière les initiatives à destination des **travailleurs** qui pourraient rencontrer des difficultés ou souffrir de problèmes de santé mentale liés à leur travail, qu'ils soient en poste ou en arrêt depuis peu (prévention secondaire) ou en situation d'invalidité (prévention tertiaire). Nous examinerons également les interventions proposées par les acteurs de la santé.

5.2. Définition du terme « réseau »

À la demande des partenaires du projet, le LENTIC a différencié les différents types de réseaux existants, en termes de santé mentale et de santé mentale liée au travail. L'ensemble des réseaux en santé mentale définis selon Psy107 sont répertoriés à la Figure 1.

À ce sujet, une réforme des soins de santé mentale en cours depuis 2011 a été instaurée sous le nom de Psy107. Cette réforme est une initiative fédérale avec la participation des régions et des communautés, ainsi que de l'INAMI.

Lorsqu'on définit la notion de réseau, la réforme belge des soins de santé mentale Psy107 (2017) la définit comme « [un réseau de collaboration entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un](#)

fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge ». Il sera nécessairement conçu sur base de la philosophie globale de la réforme. Le réseau se définit sur base de programmes individualisés, dont entre autres l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix du patient. Cette finalité doit être visible et doit devenir un modèle opérationnel de travail en réseau ayant comme but d'offrir une réponse adaptée à chacune des situations par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. »

Chaque réseau est ainsi constitué de l'ensemble de cinq fonctions définies comme suivant :

1. Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic ;
2. Équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques : des équipes de traitement mobiles qui se déplacent au domicile du demandeur de soin offrant une alternative à l'hospitalisation ;
3. Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale : les équipes spécialisées dans la réhabilitation psychosociale proposent des programmes visant à stimuler les compétences nécessaires pour fonctionner de la manière la plus autonome possible dans la vie quotidienne, sur le plan social, professionnel et culturel ;
4. Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ;
5. Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Il semble également exister d'autres initiatives portant également le nom de « Réseau », mais ne référant pas aux mêmes critères que Psy107. Nous détaillerons la nature de ces réseaux au point 5.7.

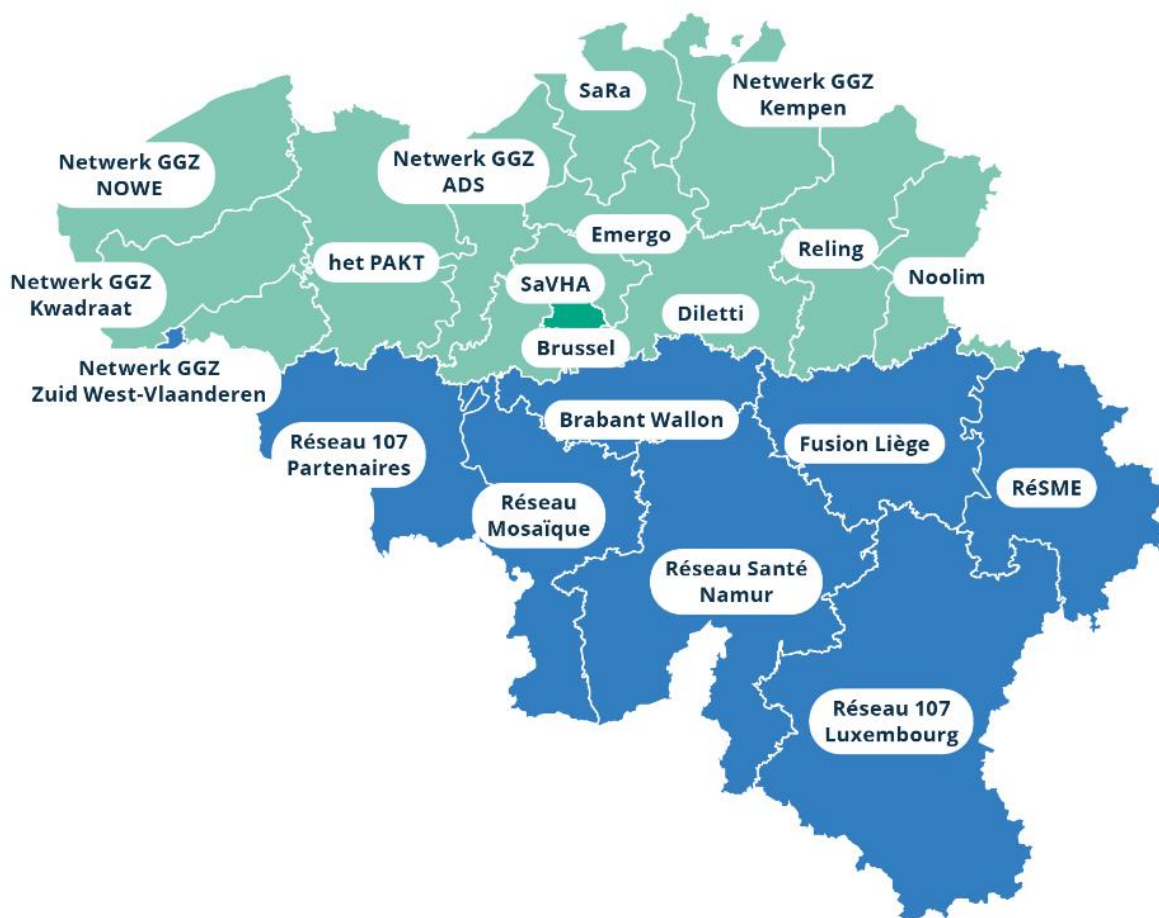


Figure 1. Cartographie des réseaux en santé mentale en Belgique. Source : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-de-sante-mentale-pour-adultes/reseaux-dans-les-soins-de-sante-mentale-pour-adultes>.

5.3. Méthodologie concernant la classification des initiatives en santé mentale

Afin d'analyser les initiatives, et en concertation avec nos partenaires, nous avons décidé de les répertorier selon les critères suivants dans un fichier Excel :

- Numéro de l'initiative²
- Site web
- Région
- Province
- Communauté (francophone, néerlandophone, germanophone)
- Ville
- Nom de l'initiative²
- Contact (email, numéro de téléphone)

² Dans le cas des formations, nous avons décidé de répertorier les formations selon leur numéro, leur nom, les activités proposées dans la formation, mais également la durée de la formation (en heures, en mois, ou années).

- Thématique abordée
- Statut (temporaire, en ligne, structurel)
- Subsidié ou non
- Niveau de prévention (primaire, secondaire, tertiaire ou combinaison)
- Pluridisciplinaire ou non
- Activités ou interventions proposées²
- Expérience pratique ou non
- Intervision ou non
- Collaboration avec d'autres initiatives ou organismes
- Cadre légal ou non
- Diplôme de/des intervenants
- Public cible
- Durée de la formation²

5.4. Mots-clés utilisés

Pour identifier ces initiatives, des recherches syntaxiques utilisant une série de mots-clés dans les trois langues nationales (français, néerlandais et allemand) sur le moteur de recherche Google ont été réalisées³. Afin de respecter nos différentes définitions présentées au point 1.3, nous avons utilisé une combinaison de mots-clés en français, néerlandais, et allemand, ciblant les différentes dimensions suivantes. La première recherche a été réalisée de décembre 2024 à avril 2024.

Tableau 1. Mots-clés utilisés relatifs à la santé mentale

Français	Néerlandais	Allemand
Bien-être	Welzijn	Wohlbefinden
Bien-être psychosocial	Psychosociaal welzijn	Psychosoziales Wohlbefinden
Bien-être émotionnel	Emotioneel welzijn	Emotionales Wohlbefinden
Équilibre émotionnel	Emotionele balans	Emotionale Ausgeglichenheit
Stabilité mentale	Mentale stabiliteit	Geistige Stabilität
Santé psychique	Psychische gezondheid	Psychische Gesundheit
Bien-être psychologique	Psychologisch welzijn	Psychologisches Wohlbefinden
Effondrement professionnel	Professionele instorting	Beruflicher Zusammenbruch
Fatigue extrême	Extreme vermoeidheid	Extreme Müdigkeit
Fatigue chronique due au travail	Chronische gerelateerde vermoeidheid	Chronische Arbeitsmüdigkeit

³ Il est important de souligner que ce travail ne peut se définir comme exhaustif. Comme discuté dans les limites, nos recherches se sont restreintes au moteur de recherche Google et aux grandes villes. Par ailleurs, les initiatives ne disposant pas de site web ou de mots-clés liés à la santé mentale au travail n'ont potentiellement pas été identifiées.

Surcharge émotionnelle	Emotionele overbelasting	Emotionale Überlastung
------------------------	--------------------------	------------------------

Tableau 2. Mots-clés utilisés relatifs aux conséquences liées à des facteurs psychosociaux

Français	Néerlandais	Allemand
Stress	Stress / Spanning	Stress
Burnout / Burn-Out	Burnout / Burn-Out	Burnout / Burn-Out
Épuisement	Uitputting	Erschöpfung
Travail	Werk	Arbeit
Dépression	Depressie	Depression
Anxiété	Angst	Angst
Troubles Anxieux	Angststoornissen	Angststörungen
Mal-Être	Onbehagen	Unwohlsein
Traumas liés Au Travail	Trauma	Arbeitsbezogene Traumata
Souffrance relationnelle	Relationele Spanningen	Beziehungsschwierigkeiten
Conflits relationnels	Conflicten	Beziehungskonflikte
Violence	Geweld Op Het Werk	Gewalt
Harcèlement	Pesterijen En Ongewenst (Seksueel) Gedrag Op Het Werk	Belästigung
Abus de Substance	Verslaving	Substanzmissbrauch
Suicide	Zelfdoding	Suizid
Surmenage	Overwerk	Überlastung

Tableau 3. Mots-clés relatifs au terme "initiative"

Français	Néerlandais	Allemand
Structure	Structuur	Struktur
Initiatives	Initiatief	Initiativen
Association	Vereniging	Verinigung
Réseau	Netwerk	Netzwerk
Aide	Steun	Hilfe
Organisation	Organisatie	Organisation
Communauté	Gemeenschap	Gemeinschaft

Tableau 4. Mots-clés relatifs au niveau de prévention et intervention

Français	Néerlandais	Allemand
Prévention	Preventie	Prävention
Intervention	Interventie	Intervention
Prévention secondaire	Secundaire preventie	Sekundäre Prävention
Prévention tertiaire	Tertiaire preventie	Tertiäre Prävention
Action	Actie	Handlung

Traitement	Behandeling	Behandlung
Prise en charge	Verzorging	Betreuung
Gestion du stress	Stress management	Stressbewältigung
Lutter contre	Bestrijden	Kämpf gegen

Tableau 5. Mots-clés relatifs aux intervenants

Français	Néerlandais	Allemand
Psychologue	Psycholoog	Psychologe
Psychothérapeute	Psychotherapeut	Psychotherapeut
Coach	Coach	Coach
Médecin	Dokter	Arzt
Kinésithérapeute	Kinesitherapeut	Physiotherapeut
Ergothérapeute	Ergotherapeut	Ergotherapeut
Psychiatre	Psychiater	Psychiater
Personal trainer	Personal trainer	Personal Trainer
Thérapeute	Therapeut	Therapeut
Sophrologue	Sofroloog	Sophrologe
Infirmier	Verpleegkundige	Krankenpfleger
Juriste	Justist/rechtsgeleerde	Jurist
Acupuncteur	Acupuncturist	Akupunkteur

Concernant la localisation, nous avons systématiquement utilisé les termes liés aux régions, aux provinces et aux grandes villes

Tableau 6. Mots-clés relatifs aux régions

Français	Néerlandais
Région wallonne (utilisé en français)	Waals Brabant
Région flamande	Vlaams Gewest (utilisé en néerlandais)
Région de Bruxelles-Capitale, Bruxelles	Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Brussels

Tableau 7. Mots-clés relatifs aux provinces

Français	Néerlandais
Brabant-Wallon (utilisé en français)	Waals-Brabant
Namur (utilisé en français)	Namen
Hainaut (utilisé en français)	Henegouwen
Liège (utilisé en français)	Luik
Luxembourg (utilisé en français)	Luxemburg
Flandre orientale	Oost-Vlaanderen (utilisé en néerlandais)
Flandre occidentale	West-Vlaanderen (utilisé en néerlandais)
Brabant Flamand	Vlaams Brabant (utilisé en néerlandais)
Anvers	Antwerpen (utilisé en néerlandais)

Limbourg	Limburg (utilisé en néerlandais)
----------	----------------------------------

Tableau 8. Mots-clés relatifs aux villes en fonction des provinces

Français	Néerlandais
Brabant-Wallon - Nivelles - Louvain-la-Neuve	Waals-Brabant
Namur - Namur - Dinant	Namen
Hainaut - Charleroi - Mons - Tournai	Henegouwen
Liège - Liège - Verviers - Eupen - La Calamine - Malmédy - Saint-Vith	Luik
Luxembourg - Arlon - Neufchâteau - Marche-en-Famenne	Luxemburg
Flandre orientale	Oost-Vlaanderen - Aalst - Oudenaarde - Gent - Sint-Niklaas
Flandre occidentale	West-Vlaanderen - Brugge - Kortrijk - Ostende - Roeselare
Brabant Flamand	Vlaams Brabant - Leuven - Tienen - Diest
Anvers	Antwerpen - Antwerpen - Malines - Mortsel - Turnhout - Geel
Limbourg	Limburg - Hasselt - Tongeren

Concernant les formations, nous avons ajouté les mots-clés suivants :

Tableau 9. Mots-clés relatifs aux aspects de formation

Français	Néerlandais
Formation	Opleiding
Université	Universiteit
Institut	Instituut
Éducation	Onderwijs
Apprentissage	Leren
Développement professionnel	Professionele ontwikkeling
Cours	Cursus
Compétences	Vaardigheden
Enseignement	Onderwijzen
Stage	Stage
Atelier	Workshop
Acquisition de connaissance	Kennisverwerving
Formation continue	Permanent educatie
Formation continue	Permanente educatie
Tutorat	Tutoraat
Capacités	Bekwaamheden
Séminaire	Seminarie
E-learning	E-learning

Pour identifier les initiatives, nous avons combiné les différents mots relatifs aux bien-être et/ou risques psychosociaux avec la localisation, les mots-clés relatifs aux termes initiatives et/ou niveaux de prévention ou interventions ainsi que la localisation. Nous pouvons résumer les recherches par la formule suivante :

[Mots-clés "bien-être"⁴ et/ou "risques psychosociaux"] +⁵ [mots-clés "initiatives et/ou niveau de prévention"] + [mots-clés localisation "provinces" et/ou "villes"]. Voici quelques exemples :



Figure 2. Exemple de recherche sur Google pour les initiatives.

⁴ Mettre des mots ou des phrases entre guillemets dans une recherche Google sert à rechercher l'**expression exacte**. Cela signifie que Google affichera uniquement les résultats contenant ces mots dans l'ordre précis où ils ont été écrits. Des recherches sans les guillemets ont également été réalisées lorsque cela s'avérait nécessaire, et ce, à des fins de vérification.

⁵ Le symbole « + » n'a pas été utilisé au sens strict du terme, mais signifie simplement que les mots sont ajoutés l'un à la suite de l'autre comme présenté en Figure 2.

Pour les formations, le terme « initiatives » a été remplacé par les termes liés à la formation. La formule est donc la suivante : [Mots-clés "bien-être" et/ou "risques psychosociaux"] + [mots-clés "formations"] + [mots-clés de localisation "provinces" et/ou "villes"]. Voici un exemple :

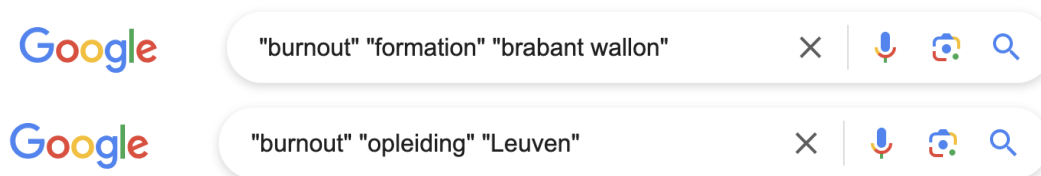


Figure 3. Exemple de recherche sur Google pour les formations.

Comme indiqué, toutes les recherches ont été effectuées via une recherche standard sur le moteur de recherche Google.

Afin de compléter la qualité des données et à la demande du comité de pilotage, une seconde recherche a été effectuée entre le 01 août 2024 et le 10 août 2024. Une recherche pour chaque région et ville a été effectuée avec les mots suivants :

Tableau 10. Mots-clés utilisés pour la seconde recherche

Français	Néerlandais
Souffrance au travail	Werkgerelateerd onwelzijn
Conditions du travail	Arbeidsomstandigheden
Santé mentale et travail	Mentale gezondheid en werk
Santé mentale	Mentale gezondheid
Santé mentale au travail	Mentale gezondheid op het werk
Souffrance au travail	Lijden op het werk
Psychodynamique du travail	Arbeidspsychodynamiek
Psychopathologie du travail	Werkgerelateerde psychopathologie
Clinique du travail	Arbeidsgezondheidsdienst
Prévention du stress	Stresspreventie
Organisation du travail	Organisatie van het werk
Risques psychosociaux	Psychosociale risico's

17 initiatives supplémentaires ont été identifiées grâce à cette seconde recherche.

5.5. Phase 1 — Résultats descriptifs

5.5.1 Analyses descriptives et quantitatives des initiatives

5.5.2 Nombres d'initiatives par densité de population

Concernant le nombre d'initiatives, nous avons réalisé des analyses descriptives selon 1) la région, 2) la province et 3) la communauté d'appartenance.

Concernant le nombre identifié pour les trois régions :

Tableau 11. Nombre et fréquence d'initiatives recensées par région

Région	Nombre d'initiatives	Pourcentage
Région wallonne	93	36.4 %
Région flamande	90	37.7 %
Région Bruxelles-Capitale	24	9.7 %
Fédéral (tout le pays)	40	16.2 %
Total	247	100 %

Concernant le nombre identifié pour les différentes provinces :

Tableau 12. Nombre et fréquence d'initiatives recensées par province

Province	Nombre d'initiatives	Pourcentage
Brabant Wallon	26	11.66 %
Namur	17	7.62 %
Hainaut	18	8.07 %
Luxembourg	6	2.69 %
Liège	23	10.31 %
Flandre orientale	20	8.97 %
Flandre occidentale	17	7.62 %
Limbourg	12	5.38 %
Anvers	22	9.87 %
Brabant Flamand	13	5.83 %
Autre	12	5.38 %
Ne s'applique pas	37	16.59 %
Total	223	100 %

Lorsque l'on cartographie chaque province en divisant par le nombre de personnes actives pour 1000 habitants⁶. Nous obtenons la carte suivante :

⁶ La proportion de travailleurs provient de Statbel pour l'année 2023. Source : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/emploi-et-chomage>

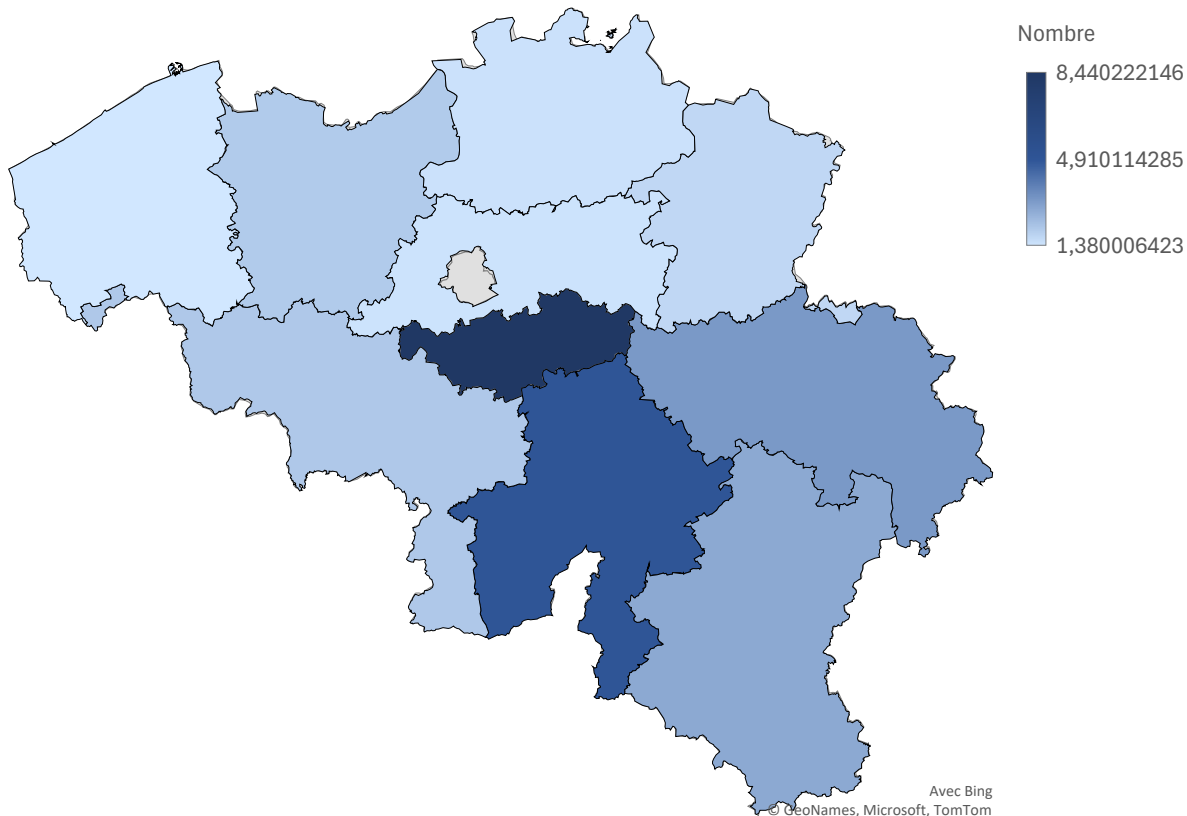


Figure 4. Cartographie du nombre d'initiatives par 100000 travailleurs pour chaque province.

Nous obtenons également le graphique suivant (en y ajoutant la Région de Bruxelles-Capitale) :

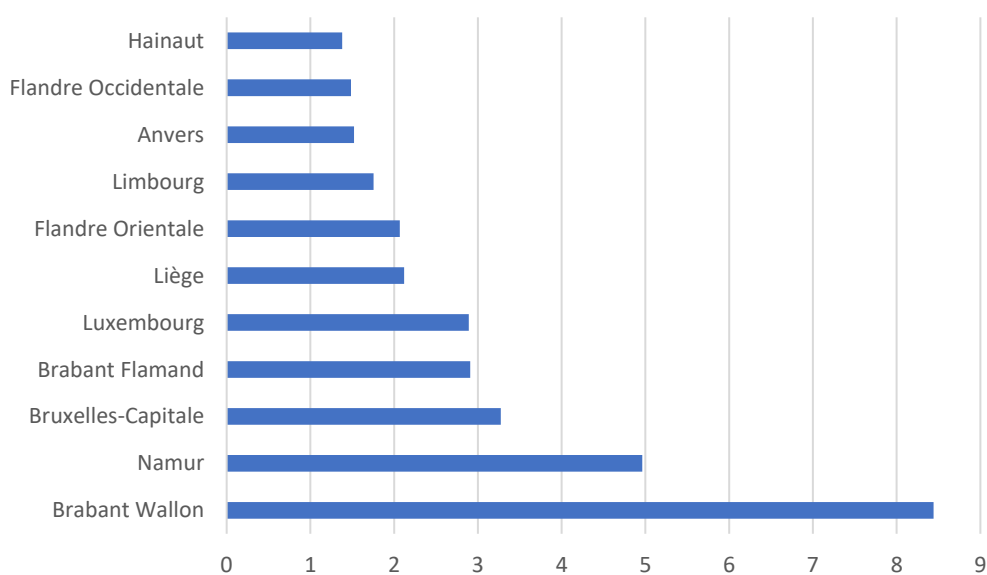


Figure 5. Nombre d'initiatives par 100000 travailleurs pour chaque province et Bruxelles

Une première analyse descriptive met en évidence que les provinces du Brabant-Wallon, de Namur et de Liège sont les provinces qui proposent le plus d'initiatives lorsque l'on prend en compte le nombre de travailleurs par province. Du côté de la Flandre, c'est la province de la Flandre Orientale qui propose le plus d'initiatives. Cependant, ce sont les provinces de la Flandre Occidentale et du Brabant Flamand qui proposent le moins d'initiatives.

Concernant les initiatives identifiées par communauté, nous obtenons les résultats suivants :

Tableau 13. Nombre et fréquence d'initiatives par communauté

Communauté	Nombre d'initiatives	Fréquence
Francophone	91	36.8 %
Néerlandophone	99	40.1 %
Germanophone	4	1.6 %
Francophone et néerlandophone (Région de Bruxelles-Capitale)	20	8.1 %
Fédéral	33	13.4 %
Total	247	100 %

Nous remarquons que la communauté germanophone présente une très faible proportion d'initiatives. Suite à des échanges avec le comité de pilotage, il est possible que certains acteurs du travail de la communauté germanophone ne trouvant pas d'initiative correspondant à leurs besoins, en Belgique, passent la frontière et aillent en Allemagne pour bénéficier d'une telle initiative.

5.5.3 Nombre d'initiatives en fonction du nombre de travailleurs en invalidité

Nous avons également cherché à explorer dans quelle mesure le nombre d'initiatives pouvait varier en fonction du nombre de personnes considérées en invalidité. Il est important toutefois de bien interpréter les valeurs proposées par l'INAMI (2022). En effet, ces statistiques décrivent des évolutions liées aux incapacités de travail de longue durée découlant d'un burnout ou d'une dépression, à savoir des incapacités de plus d'un an (ou « invalidités »). Par ailleurs, le burnout et la dépression font partie du groupe de maladies « Troubles mentaux ». Ces chiffres sont également issus des statistiques de 2021, mais les choses peuvent avoir évolué.

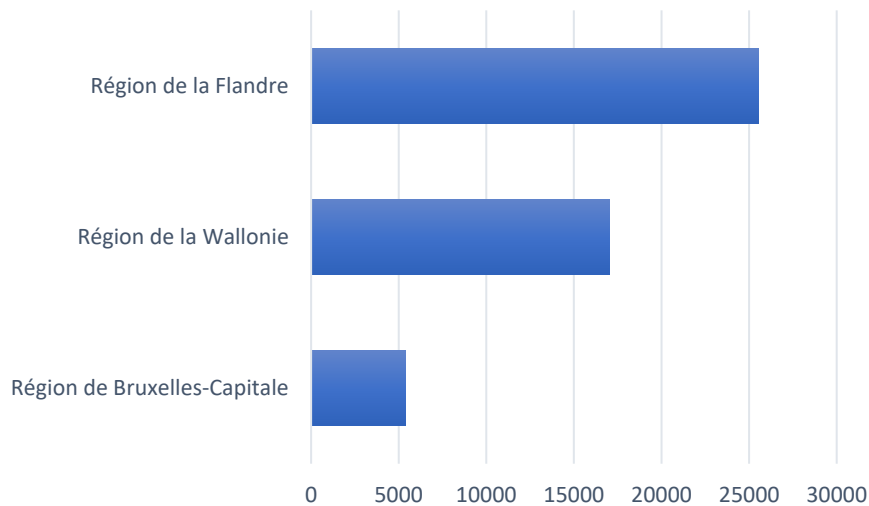


Figure 6. Nombre d'initiatives divisé par le nombre de travailleurs en invalidité pour cause de burnout par région

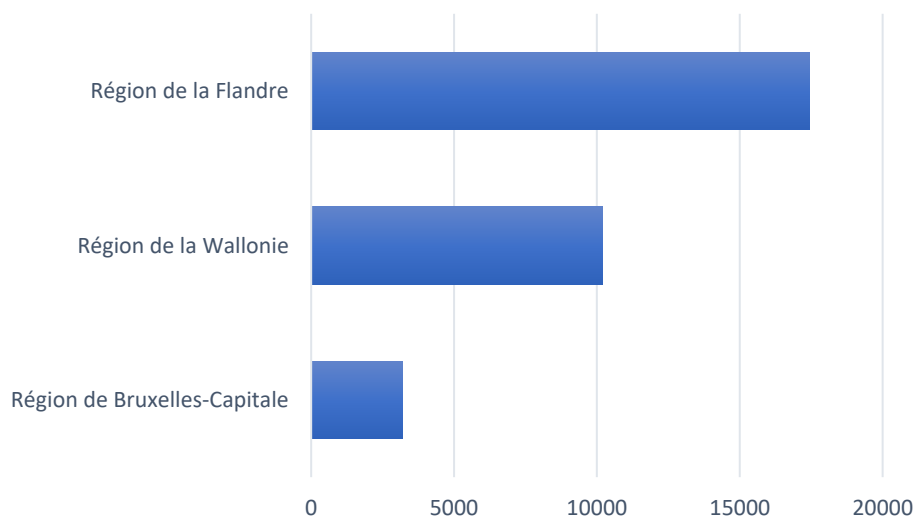


Figure 7. Nombre d'initiatives divisé par le nombre de travailleurs en invalidité pour cause de dépression par région

Contrairement à la première cartographie, nous pouvons voir que la Flandre semble proposer un nombre plus important d'initiatives lorsque l'on considère le nombre de personnes en invalidité pour cause de burnout ou de dépression.

5.5.4 Pluridisciplinarité des initiatives

Au regard de la pluridisciplinarité, le graphique suivant nous indique de la présence de pluridisciplinarité (ou non) pour l'ensemble des initiatives :

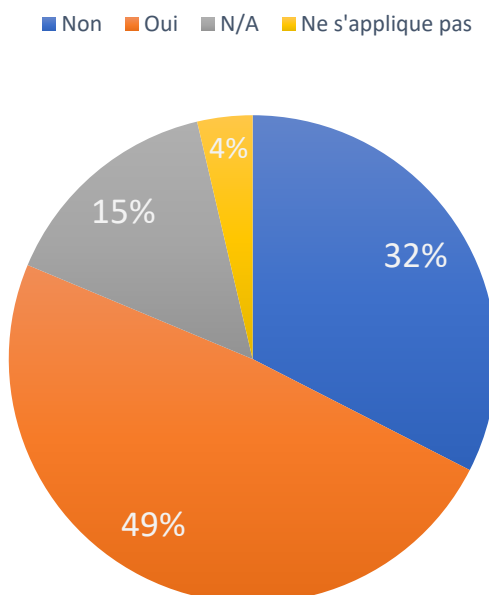


Figure 8. Fréquence de la présence de pluridisciplinarité pour l'ensemble des initiatives.

5.5.5 Types d'intervenants

Au regard du statut professionnel des intervenants, nous avons codé le nombre d'occurrences des titres présentés pour chaque initiative dans le tableau ci-dessous. Il est important de mentionner qu'il n'était pas possible d'identifier le nombre exact de psychologues, par exemple, pour chaque initiative en raison d'informations insuffisantes auprès des initiatives.

Tableau 14. Fréquence et nature des intervenants identifiés

Intervenant	Fréquence
Psychologue	141
Coach	89
Thérapeute	54
Médecin (généraliste ou spécialiste)	49
Psychiatre	47
Psychothérapeute	43
Hypnothérapeute/EMDR	30
Kinésithérapeute	27
Orthopédagogue	25
Diététicien/Nutritionniste	22

Agent d'insertion	21
Sophrologue	16
Conseiller en orientation	14
Travailleur social	13
Instructeur pleine conscience	12
Ergothérapeute	11
Neuropsychologue	11
Instructeur de Yoga	10
Ostéopathe	9
Massothérapeute	9
Coach sportif	8
Infirmier	8
Kinésologue	5
Juriste	4
Acupuncteur	4
Sociologue	3
Conseiller en prévention	3
Psychanalyste	3
Consultant RH	2
Hippothérapeute	2
Instructeur de QiGong	2
Agronome	2
Manager	1
Expert financier	1
Ingénieur	1
Philosophe	1
Journalise	1
Pharmacien	1
Professeur de théâtre	1

5.5.6 Types de bénéficiaires

Au regard du type de bénéficiaires, nous pouvons observer les résultats suivants :

Tableau 15. Fréquence et nature des bénéficiaires

Bénéficiaires	Fréquence
Travailleurs	232
Demandeurs d'emploi	17
Fonctionnaires (fonction publique)	4
Indépendants	4
Services de soins	3
Dirigeants	2
Employés	2
Médecins	2

Agriculteurs	1
Coachs	1
Femmes	1
Infirmiers	1
Ouvriers	1
Psychologues	1
Service des finances	1
Travailleurs sociaux	1

Il est important de mentionner que les initiatives, dans un grand nombre de cas, ne ciblent pas uniquement les travailleurs, mais également toute personne confrontée à des difficultés psychologiques de manière plus générale. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'une fréquence brute, mais du nombre de fois que la nature du bénéficiaire était mentionnée (occurrence de la nature du bénéficiaire). Pour cette raison, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

5.5.7 Informations sur la nature des initiatives

Les informations disponibles sur les sites web analysés étaient extrêmement variées, tant sur le plan du contenu que de la présentation, ce qui a compliqué une évaluation rigoureuse de la qualité d'implantation des interventions en santé mentale et travail. La plupart des sites se limitaient à des descriptions générales des initiatives proposées, tandis que d'autres se contentaient de résumés succincts, souvent dépourvus de données concrètes ou d'évidences tangibles. Cette hétérogénéité et l'absence de standardisation dans les informations disponibles ont limité notre capacité à juger avec précision l'impact et la pertinence des initiatives recensées. Cet obstacle méthodologique a joué un rôle déterminant dans la conduite de ce projet, en influençant les approches d'analyse et de synthèse que nous avons dû adopter. Ces points seront abordés dans la partie 2 du présent projet.

5.6. Analyses descriptives des formations

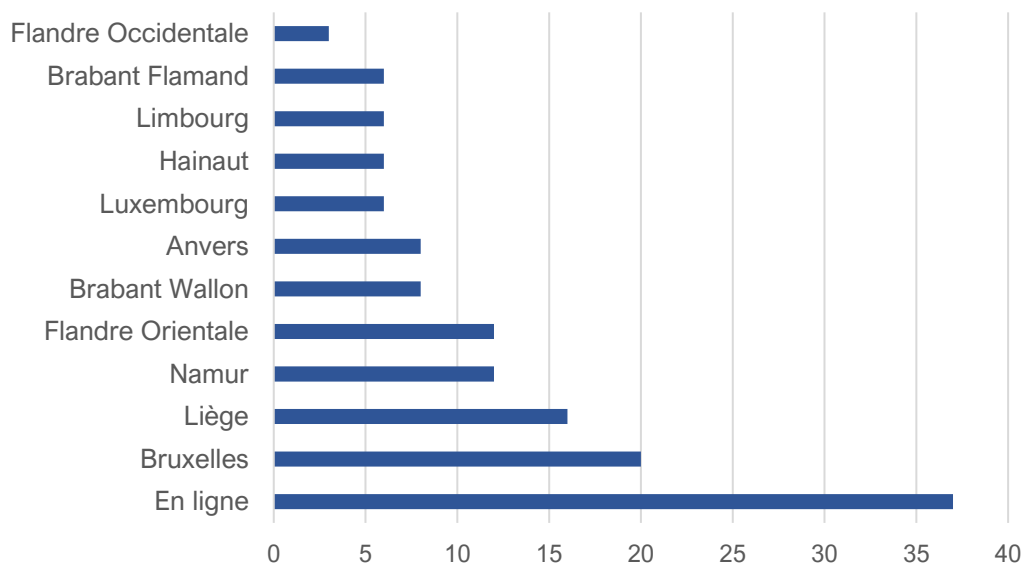


Figure 9. Nombre de formations par province (et pour la Région de Bruxelles-Capitale).

L'ensemble des formations sont données en français (64 formations) ou en néerlandais (52 formations), avec une majorité de formations identifiées en ligne et sur la Région de Bruxelles-Capitale. Il est important de mentionner que l'identification de ces formations n'est pas exhaustive.

5.7. Analyse descriptive des réseaux

Lors de notre recension des dits « réseaux », nous avons pu identifier trois grandes catégories de réseaux :

- 1) Les réseaux en santé mentale comme définis au point 5.7 et à la Figure 1, qui ont été développés à la suite de la signature par tous les ministres concernés du « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins ». Actuellement, 20 réseaux ont été identifiés comme répondant aux 5 grandes missions, dont 7 en Wallonie, 13 en Flandre et 1 à Bruxelles-Capitale. Ces réseaux traitent la santé mentale de manière générale. Toutefois, les informations à disposition sur les sites web de ces réseaux ne réfèrent pas systématiquement à la santé mentale liée au travail. Par ailleurs, un nouveau réseau lié à la communauté germanophone pourrait voir le jour dans un avenir proche.
- 2) Il existe également une série de réseaux qui ne correspondent pas à la définition 5.7 des réseaux en santé mentale, mais qui sont tout de même soutenus par différents organismes, tels que le FOREM, VDAB, SPW Emploi Formation,... Ces réseaux peuvent se présenter sous la forme d'ASBL ou de centres d'information socio-professionnels.
- 3) Enfin, une troisième catégorie de réseaux émerge, non définie selon les critères de Psy107 et ne bénéficiant d'aucun soutien financier de la part des autorités provinciales ou gouvernementales. Ces réseaux, souvent constitués d'ASBL ou de collectifs portés par des professionnels, ont pour objectif de recenser les

divers acteurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale au travail. Ils proposent régulièrement un annuaire en ligne, pluridisciplinaire ou non, afin d'aider les bénéficiaires à identifier des professionnels disponibles dans leur région. Dépourvus de réglementation spécifique, ces réseaux développent leur propre philosophie et leurs propres missions.

6. Phase 2 — Évaluation des initiatives en santé mentale liées au travail en Belgique

6.1. Rappel des objectifs de la phase 2

Pour rappel, la phase 2 du présent projet de recherche visait à évaluer et analyser les initiatives belges identifiées selon une approche « *evidence-based* » basée sur les recommandations nationales et internationales développées spécifiquement pour le projet. Compte tenu du manque d'information sur la qualité et la nature d'implémentation des initiatives identifiées via les sites web, les membres du projet ont décidé d'évaluer dans quelle mesure les interventions identifiées au sein des initiatives étaient en congruence avec les recommandations scientifiques en la matière.

6.2. L'importance d'une approche basée sur les données probantes

Afin d'évaluer la qualité des initiatives en santé mentale liées au travail en Belgique, nous avons décidé de nous focaliser sur une approche basée sur les données probantes (*Evidence-based Practice* ou EBP). En effet, l'EBP est devenue une approche essentielle des systèmes de santé et des politiques de santé publique. Selon l'*American Psychological Association* (APA), l'EBP en psychologie est l'intégration des meilleurs résultats de la recherche disponible et de l'expertise clinique des intervenants en relation avec les caractéristiques du patient, de sa culture et de ses préférences (Goodheart et al., 2006). L'Institut de Médecine (1995, adapté par Sackett, 2009) a défini l'EBP comme la médecine basée sur les données probantes est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes à disposition dans la prise de décisions à propos du soin des patients individuels. La pratique de la médecine fondée sur les données probantes consiste à intégrer l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes disponibles issues de recherches systématiques. Cette définition a également évolué afin de pouvoir s'appliquer de manière transdisciplinaire par Satterfield et al. (2009). En accord avec l'APA, nous ne réduisons pas le bénéficiaire au terme « patient », et reconnaissons qu'il existe de nombreuses situations dans lesquelles le terme bénéficiaire semble plus approprié, englobant par la même occasion les termes « client » ou « personne ».

Pour un soignant, pratiquer l'EBP, c'est combiner, au quotidien, trois éléments :

- Les « **preuves** » ou données probantes issues de la recherche scientifique (= « *evidence* » en anglais) ;

- Sa **propre expertise clinique** ;
- Les préférences et valeurs de chaque **patient individuel**.

Au-delà de ces trois éléments cruciaux, les auteurs soulignent également l'importance du contexte clinique et social dans lesquels les interventions ou initiatives sont dispensées.

6.2.1. De nombreuses sources de données probantes

Le premier élément important dans la mise en œuvre de l'EBP est de pouvoir disposer des meilleures données probantes via les ressources scientifiques disponibles. Cependant, il existe une multitude de *designs* de recherche contribuant à l'EBP, et certains *designs* de recherche sont plus pertinents en fonction de la question de recherche et des besoins des intervenants (Greenberg & Newman, 1996), ainsi, toutes les publications ne sont pas de qualité équivalente. Le degré de confiance à accorder aux résultats d'une étude peut varier en fonction d'une série de critères, tels que le schéma de l'étude, la qualité de la méthodologie et de l'analyse des résultats.

Agoritsas et al. (2015), qui ont contribué au manuel pour une pratique médicale basée sur les données probantes, ont développé un système (Figure 10) intégrant trois types de classements faisant le lien entre les études primaires et les études de synthèses et les ressources consultées par les cliniciens quand ils se posent une question dans leur pratique (voir Figure 10).

Le premier classement renvoie aux données provenant des études originales ou primaires. Selon l'EBP, différents « niveaux de preuves » peuvent être assignés aux études primaires selon un degré de confiance. Ce niveau de confiance variera en fonction de la méthodologie utilisée, de la qualité des analyses et de leurs interprétations, mais aussi des conclusions proposées. Ainsi, il est possible de proposer une hiérarchie en fonction du type de question posée, permettant de minimiser le risque de biais et d'évaluer la qualité de la recherche. Les études dites originales ou « primaires » peuvent rassembler les études de cas, les études observationnelles, les études cohortes non randomisées (observationnelle) ou encore les essais contrôlés randomisés. Dans ce cas, les essais cliniques randomisés contrôlés constituent un plus haut niveau de preuve que les études observationnelles pour des questions en lien avec l'efficacité d'une intervention, car elles permettent d'évaluer l'efficacité d'une intervention en fonction d'un groupe témoin. Ces études ne sont par nature pas préévaluées.

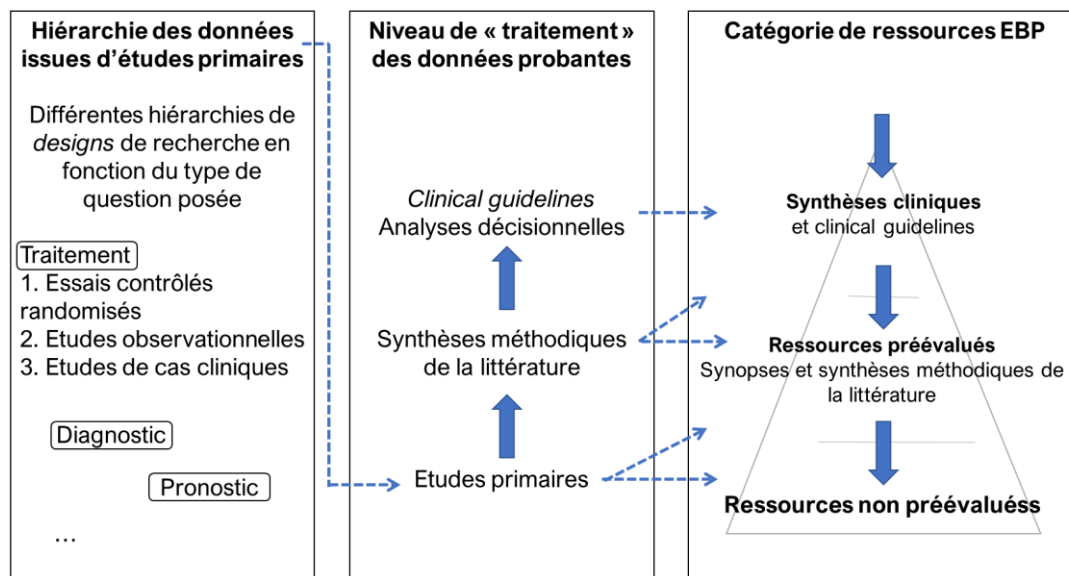


Figure 10. Des données probantes aux ressources EBP. Traduit et adapté par Durieux (2018) de "Finding current best evidence" de Agoritsas et al., (2015).

Le deuxième classement concerne le « niveau de traitement » des données probantes. Dans ce classement, les chercheurs considèrent les études primaires en bas du classement, suivi des synthèses méthodiques de la littérature (en anglais: *systematic review*) et les méta-analyses. Les revues systématiques renvoient à l'identification, à l'aide d'une série de mots-clés sur différentes bases de données, de l'ensemble des études « primaires » traitant d'un même sujet et de leur évaluation rigoureuse (Chandler et al., 2019). Les méta-analyses renvoient quant à elles à la quantification statistique de la force des relations entre différentes variables issues de la revue systématique. Au sommet du classement, nous retrouvons les recommandations pour la pratique, telle que les guides de pratique clinique (appelés aussi *clinical guidelines* en anglais). Ces approches doivent se baser sur une analyse rigoureuse des données provenant de recherches scientifiques spécifiques, tout en tenant compte des opinions d'experts et des patients. Ce processus vise à évaluer les bénéfices et les désavantages des différentes options de traitement et d'interventions disponibles (Institute of Medicine of the National Academies, 2011).

Le dernier classement, représenté sous la forme d'une pyramide, réfère aux ressources que les professionnels sont invités à consulter pour identifier les meilleures données probantes issues de la littérature scientifique. Afin de pouvoir disposer rapidement des meilleures données probantes disponibles sans réaliser leurs propres revues systématiques, les professionnels s'orientent généralement vers les guides de pratique clinique pour pouvoir appliquer l'EBP dans leur pratique professionnelle. Lorsque les guides de pratiques cliniques ne permettent pas de répondre à leurs exigences de terrain, ils sont dès lors invités à s'orienter vers des ressources considérées comme « préévaluées » — ce sont les revues systématiques. Si ces synthèses ne suffisent pas, ils se dirigent alors vers des études primaires, préférentiellement des études disposant de *designs* avec essais cliniques contrôlés si leur question est en lien avec l'efficacité d'une intervention.

6.2.2. L'expertise clinique de l'intervenant

Selon Statterfield et al. (2009), l'expertise est définie comme l'une des nombreuses ressources nécessaires à la mise en œuvre des services de santé et comme appartenant à quatre catégories : compétence dans le processus de l'EBP, évaluation, communication/collaboration et engagement/intervention. Les compétences dans le processus de l'EBP comprennent la maîtrise de la formulation de questions pratiques responsables, l'acquisition et l'évaluation critique de preuves pertinentes, l'application de ces preuves à travers une prise de décision partagée qui prend en compte les caractéristiques et les ressources du client, l'analyse des résultats et l'ajustement si nécessaire. Les compétences en évaluation consistent en la capacité d'évaluer les bénéficiaires des soins et en l'expertise dans la mise en œuvre et l'évaluation des résultats d'une procédure de santé nécessaire. Les compétences en communication et collaboration incluent la capacité à transmettre des informations de manière claire, à écouter, à observer et à s'adapter pour parvenir à une compréhension mutuelle et à un accord sur un plan d'action. Les compétences en engagement et intervention se réfèrent, au minimum, à la capacité à susciter l'intérêt, à impliquer de manière constructive et à promouvoir un changement positif chez les parties prenantes.

6.2.3. Les préférences du bénéficiaire

Les données issues des recherches scientifiques permettent de pouvoir déterminer « ce qui fonctionne et pour qui. » Ceci fournit un guide essentiel pour une pratique efficace. Les données disponibles indiquent qu'une variété de caractéristiques liées à la personne peuvent influencer les résultats d'une prise en charge ou d'une initiative et sont fonction du statut de l'individu, de sa volonté à changer et de son niveau de soutien social (Norcross, 2002). D'autres éléments sont également très importants, tels que 1) la spécificité dans les problèmes présentés, l'étiologie, la symptomatologie, les comportements, 2) l'âge chronologique, le statut développemental, l'histoire de la personne, l'étape de vie, 3) les facteurs socioculturels et familiaux (ex : genre, identité de genre, ethnicité, classe sociale, religion, statut d'invalidité, structure familiale), 4) l'environnement actuel, les stressors (ex : sans-emploi, événement de vie récent) et les facteurs sociaux (ex : racisme, disparité des soins de santé), et 5) les préférences personnelles, les valeurs, les préférences en termes de traitement (ex : objectifs, croyances, vision du monde, attentes du traitement). Les recherches disponibles sur l'adéquation des patients et les échecs thérapeutiques dans les essais cliniques randomisés — même très efficaces — suggèrent que différentes stratégies et relations peuvent s'avérer mieux adaptées à différentes populations (Gamst et al., 2000; Grothmarnat et al., 2001; Sue et al., 1991).

6.2.4. Le contexte clinique et social

Récemment, une dimension supplémentaire est ajoutée à la mise en œuvre de l'EBP : le **contexte clinique et social** (Satterfield et al., 2009). Il s'agit de l'influence de certains éléments sur lesquels les intervenants ont peu de contrôle, mais qui peuvent affecter la force d'une recommandation et entraver sa mise en œuvre. Par exemple, les types de ressources disponibles, l'environnement culturel du système de soins de santé, la

manière dont les acteurs du système de soins de santé accomplissent leur tâche, les possibilités de collaboration, les politiques de santé, etc.

Ce contexte clinique est parfaitement aligné avec la volonté de rendre visibles les initiatives en santé mentale et permettant ainsi la mise en œuvre d'une politique EBP.

6.3. Méthodologie

Afin de pouvoir évaluer les interventions proposées par les initiatives dans le présent projet, nous avons premièrement décidé de réaliser une synthèse des études interventionnelles et des revues systématiques⁷ portant sur la santé mentale au travail. À la suite d'une première recherche avancée réalisée en février 2024 via Scopus (www.scopus.com) (base de données bibliographique multidisciplinaire) en utilisant la recherche syntaxique suivante : TITLE-ABS-KEY ("mental health") AND TITLE-ABS-KEY ("work") AND TITLE-ABS-KEY ("interventions") plus de 13,000 références bibliographiques ont été trouvées. Face à ce constat et du nombre de références pour les objectifs du présent projet, et en lien avec les recommandations scientifiques mentionnés au point 6.7, nous nous sommes dès lors orientés vers les différentes étapes présentées ci-dessous, en Figure 11.

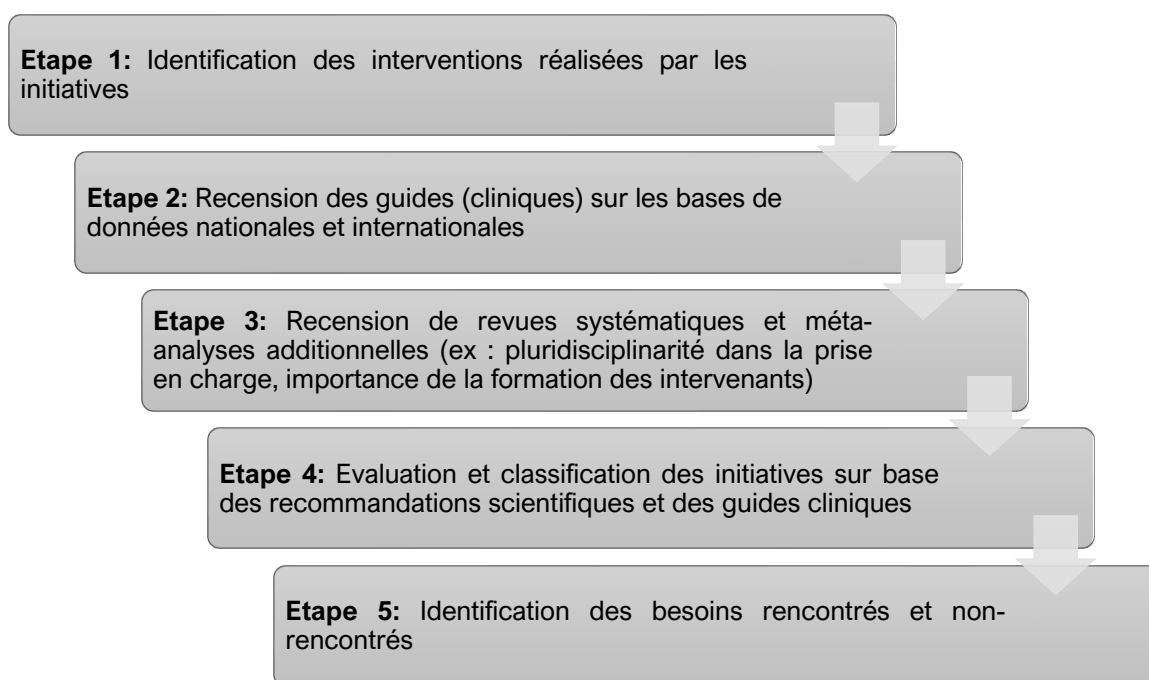


Figure 11. Synthèse de la proposition méthodologique du LENTIC permettant d'évaluer la nature des initiatives en santé mentale et travail en Belgique selon une approche EBP.

Concernant l'**étape 1**, elle visait à identifier qualitativement l'ensemble des interventions proposées par les initiatives.

⁷ La revue systématique de revues systématiques, appelé également « umbrella review » ou « overview of review » est l'utilisation systématique de méthodes de recherche pour chercher et identifier les revues systématiques sur une question de recherche précise afin d'extraire et d'analyser les résultats à travers ces différentes revues systématiques (Pollock et al., 2020).

Pour l'**étape 2**, nous avons décidé de recenser les guides de pratique clinique (GPC) portant sur la santé mentale au travail. En effet, les *clinical guidelines* sont les outils nécessaires à la mise en œuvre de l'EBP. Ils constituent des ressources pour les praticiens et les patients pour faire des choix éclairés en matière de soins de santé, dans des circonstances cliniques spécifiques. La définition la plus fréquemment utilisée d'un guide de pratique clinique est celle de l'Institut de médecine : « *Les énoncés qui incluent des recommandations, destinées à optimiser les soins aux patients, et qui sont fondés sur une revue systématique des preuves ainsi que sur une évaluation des avantages et des inconvénients des différentes options de soins* » (Desomer et al., 2013; Intitute of Medicine, 2011). Les GPC ont pour objectifs de synthétiser l'ensemble des données probantes disponibles dans la littérature sur un sujet donné.

A cet effet, nous avons recherché des GPC traitant de la santé mentale et du travail via 6 bases de données nationales et internationales entre le 23 février 2024 et le 11 juin 2024, à savoir :

Bases de données nationales

- <https://ebpnet.be/fr/ebsources> : Ebpracticenet est une base de données numériques réunissant tous les guides de pratique clinique et autres supports d'information evidence-based à destination des prestataires de soins belges.
- <https://minerva-ebp.be/?language=FR> : Minerva étant une revue d'Evidence-Based Medicine promeut la diffusion d'une information scientifique indépendante et apporte une analyse critique des publications pertinentes dans la littérature internationale.
- <https://www.worel.be/worel/guidelinesoverview> : ressource proposée par le Groupe de travail Développement de Guides de pratique de Première Ligne
- <https://kce.fgov.be/fr> : site web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge.

Bases de données internationales

- <https://g-i-n.net/> : GIN est le réseau international des guidelines et contient plus de 3000 guides internationaux.
- <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines> : site web du National Institute for Health and Care Excellence qui soutient les praticiens en produisant des guides de pratiques cliniques et des recommandations sur base de la littérature scientifique.
- <https://www.who.int/fr> : site web de l'OMS, le référent international en termes de promotion de la santé publique.

Nous avons recherché les documents via les mots-clés suivants et combinaisons suivantes :

Tableau 16. Mots-clés utilisés pour la recherche des guides

Pour les bases de données en français	Pour les bases de données en anglais
Santé mentale	Mental health

Santé mentale et travail	Mental health and work
Bien-être au travail	Well-being at work
Risques psychosociaux	Psychosocial risks
Burnout	Burnout
Épuisement professionnel	Professional exhaustion

Pour cette étape, différents **critères d'inclusion** ont été développés. En effet, les documents devaient : 1) Porter sur une synthèse des interventions liées à la santé mentale et/ou au bien-être en lien avec le milieu professionnel ; 2) Proposer des recommandations ; 3) Être rédigés en français ou en anglais ; 4) Cibler des travailleurs adultes et ne pas être spécifique à une population ; 5) Cibler des indicateurs liés à la santé mentale et/ou bien-être en lien avec le travail (ex : stress, burnout, anxiété) ; 6) Utiliser une méthodologie robuste pour évaluer l'efficacité des interventions (ex : GRADE [Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations], AMSTAR [A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews ou Assessing the Methodological quality of SysTemAtic Reviews], revue systématique). Une analyse au moyen de la grille AGREE II (Brouwers et al., 2010) a été réalisée pour évaluer la qualité des documents scientifiques retenus.

Entre l'étape 2 et l'étape 3, nous avons analysé dans quelle mesure les interventions proposées par les initiatives étaient identifiées dans les guides scientifiques.

Pour l'**étape 3**, si 1) certaines interventions identifiées dans les initiatives n'étaient pas discutées dans les guides ou 2) si certains éléments des guides de pratique clinique s'avéraient ne pas couvrir l'ensemble des éléments identifiés dans nos critères de classification (ex : pluridisciplinarité, niveau de formation des intervenants), nous avons réalisé une recherche des revues systématiques via des mots-clés pertinents⁸ entre le 01 juin 2024 et le 12 septembre 2024. Pour ce faire, nous avons utilisé les bases de données *PubMed* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), *Scopus* (www.scopus.com) et la *Cochrane Library* (<https://www.cochranelibrary.com/>). Certaines recherches ont également été réalisées sur Google Scholar pour vérification.

Concernant l'**étape 4**, il était convenu d'analyser l'ensemble des interventions identifiées dans les initiatives sur base des recommandations explicitées dans les guides et/ou revues systématiques/méta-analyses. Ceci offre la possibilité d'établir un tableau croisé interventions/recommandations, mais également des catégories par niveau de prudence. Ce niveau de prudence, basé sur la littérature scientifique, indique dans quelle mesure l'intervention peut être considérée comme recommandée ou s'il convient d'en limiter la recommandation.

La dernière étape, l'**étape 5**, visait à identifier les besoins rencontrés au regard de la nature des initiatives et des interventions proposées par les initiatives, mais également d'identifier les besoins non rencontrés en termes d'initiatives en santé mentale et travail

⁸ Pour chaque intervention non-identifiée dans les guides, des mots-clés spécifiques ont été utilisés. Ceux-ci sont spécifiés au point 6.3.

sur le territoire belge. Ainsi, une série de recommandations à destination des politiques, des intervenants et des bénéficiaires a pu être réalisée.

6.4 Résultats de l'Étape 1

Une analyse qualitative des 247 initiatives identifiées a été réalisée pour recenser toutes les interventions destinées aux bénéficiaires. Au total, nous avons pu synthétiser un total de 30 interventions, présentées ci-dessous par ordre alphabétique :

1. Activité physique
2. Acupuncture
3. Coaching
4. Cohérence cardiaque
5. Conseil en orientation
6. Désensibilisation et retraitement des mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR en anglais)
7. Géobiologie
8. Hippothérapie
9. Hypnose
10. Interventions basées sur la psychologie positive
11. Kinésiologie énergétique
12. Massage
13. Méditation pleine conscience
14. Programmation neuro-linguistique (PNL)
15. Qi-Gong
16. Réalité virtuelle
17. Reiki
18. Relaxation
19. Résolution de problème
20. Sophrologie
21. Thérapie brève
22. Thérapie centrée sur la personne
23. Thérapie cognitivo-comportementale
24. Thérapie d'acceptation et d'engagement

- 25. Thérapie de la communication
- 26. Thérapie par activation comportementale
- 27. Thérapie par gestion du stress
- 28. Thérapie psychanalytique et psychodynamique
- 29. Thérapie systémique
- 30. Yoga

6.5 Étape 2

6.5.1 Identification des guides et synthèses scientifiques

Sur base de notre première analyse, nous avons retenu les documents suivants :

Ebpracticenet :

- Comment prévenir et soulager les symptômes de burn out chez les médecins ?
 - Analyse de l'article West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The lancet*, 388(10057), 2272-2281.
- Promotion de la santé physique et mentale des infirmier·ère·s qui prodiguent des soins aux personnes âgées
 - Analyse de l'article Otto, A. K., Gutsch, C., Bischoff, L. L., & Wollesen, B. (2021). Interventions to promote physical and mental health of nurses in elderly care: A systematic review. *Preventive medicine*, 148, 106591.
- Les chances d'un retour durable au travail après une réadaptation augmentent-elles à la suite d'un entretien motivationnel ?
 - Analyse de l'article Gross, D. P., Park, J., Rayani, F., Norris, C. M., & Esmail, S. (2017). Motivational interviewing improves sustainable return to work in injured workers after rehabilitation: a cluster randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(12), 2355-2363.

WOREL :

- Pas de documents identifiés

KCE :

- Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schamphelleire J, De Troyer M, Kacenelenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. (2011). Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Health Services Research (HSR). Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54

Haute Autorité de Santé (<https://www.has-sante.fr/>):

- Haute Autorité de Santé. (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

G-I-N :

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Mental wellbeing at work. Evidence review E: Targeted individual-level approaches (NICE guideline NG212). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng212/chapter/Rationale-and-impact>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Workplace health: long-term sickness absence and capability to work (NICE guideline NG146). <https://www.nice.org.uk/guidance/NG146>
- Mazza, D., Brijnath, B., Chakraborty, S.P. and the Guideline Development Group. (2019). Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice. Melbourne: Monash University.

NICE :

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Supporting adult carers Mental wellbeing at work (NICE guideline NG212). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng212/chapter/Rationale-and-impact>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Workplace health: long-term sickness absence and capability to work (NICE guideline NG146). <https://www.nice.org.uk/guidance/NG146>

Organisation Mondiale de la Santé :

- World Health Organization. (2022). WHO guidelines on mental health at work. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Autres bases de données :

- Otto, A. K., Gutsch, C., Bischoff, L. L., & Wollesen, B. (2021). Interventions to promote physical and mental health of nurses in elderly care: A systematic review. *Preventive medicine*, 148, 106591.
- Ministère du Travail et de l'Emploi. (2015) Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir. <https://travail-emploi.gouv.fr/le-syndrome-depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir>

Sur base de nos critères d'inclusion et d'une analyse au moyen de la grille AGREE (Brouwers et al., 2010), nous avons décidé de retenir les trois sources suivantes :

- Haute Autorité de Santé. (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022b). Supporting adult carers Mental wellbeing at work (NICE guideline NG212). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng212/chapter/Rationale-and-impact>
- World Health Organization. (2022). WHO guidelines on mental health at work. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

Le comité de pilotage, à l'issue du quatrième comité de pilotage, a également recommandé l'ajout de la référence suivante :

- Conseil Supérieur de la Santé. (2017). Burnout et travail. Avis n° 9339.

Premièrement, une analyse de la qualité des documents identifiés a été réalisée au moyen de la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE II ; Brouwers et al., 2010). Cette grille a été développée pour pallier au problème concernant la variabilité de la qualité des recommandations pour la pratique clinique. La grille AGREE II est donc un outil servant à évaluer la rigueur méthodologique et la transparence du processus d'élaboration des guides. Six domaines ont été évalués, à savoir la rigueur concernant : 1) les champs et les objectifs, 2) la participation des groupes de travail concernés, 3) la rigueur d'élaboration des recommandations, 4) la clarté des recommandations, 5) l'applicabilité des informations et 6) l'indépendance éditoriale.

Après analyse des documents, le document de la NICE se démarque de manière supérieure sur tous les points évalués. En deuxième position, le document de l'OMS est également supérieur sur les 6 critères comparativement aux documents du HAS et du CSS (excepté une rigueur plus conséquente du CSS pour le critère 6). Finalement, les documents du HAS et du CSS semblent de même rigueur sur le critère 1. Cependant, le document de l'HAS est plus rigoureux concernant le critère 2 et 3, mais le CSS semble plus rigoureux sur les critères 4, 5 et 6.

Les autres documents ont été exclus pour les raisons suivantes : 1) doublon, 2) cible les médecins généralistes uniquement, 3) cible la prévention primaire, 4) guides spécifiques pour les médecins généralistes.

6.5.2 Identification des guides et synthèses scientifiques

NICE Guideline NG212: Mental well-being at work

Objectif : L'objectif de cette revue systématique est d'identifier des interventions ciblées au niveau individuel et efficaces visant à améliorer le bien-être mental des employés. Plus précisément, elle cherche à :

- Prévenir la détérioration du bien-être mental,

- Promouvoir un bien-être mental positif,
- Améliorer le bien-être mental.

De plus, la revue a pour but de déterminer l'acceptabilité de ces interventions pour les personnes qui les reçoivent, les employeurs, ainsi que ceux qui les délivrent, et d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant leur mise en œuvre.

Population : Employés qui

- Connaissent un bas niveau de bien-être mental (auto-identifiés ou identifiés à l'aide de mesures objectives et/ou auto rapportée validée)
- Ont été identifiés à risque de vivre une faible santé mentale (en raison de facteurs liés au travail ou en dehors du travail)

Les interventions éligibles sont celles qui sont dispensées dans un cadre professionnel, ou en dehors d'un cadre professionnel où l'employeur est impliqué dans l'intervention (l'implication de l'employeur peut inclure l'initiation, la conception, la prestation, la gestion, le financement ou l'orientation vers une intervention, y compris celles dispensées en ligne ou numériquement).

Cible : identifier toutes les interventions délivrées à un niveau individuel ciblant les indicateurs suivants :

- Toute mesure de bien-être mental (mesures objectives ou auto-rapportées)
- Stress lié au travail, burnout, ou fatigue (mesures objectives ou auto-rapportées)
- Symptômes liés à la santé mentale tels que la dépression, l'anxiété ou l'insomnie (utilisant des mesures auto-rapportées valides)
- Absentéisme
- Présentéisme
- Productivité
- Satisfaction au travail
- Engagement au travail
- Motivation
- Qualité de vie

Méthodologies ciblées : Revue systématique d'études qualitatives et quantitatives.

Organisation Mondiale de la Santé – Section 10 « individual interventions for workers with emotional distress »

Objectif : Fournir des recommandations mondiales en matière de santé publique basées sur des données probantes portant sur des interventions organisationnelles, la formation des gestionnaires et des travailleurs, ainsi que des interventions individuelles pour la promotion de la santé mentale positive et la prévention des troubles mentaux. Les lignes directrices incluent également des recommandations sur le retour au travail après une absence liée à des troubles mentaux et l'accès à l'emploi pour les personnes

vivant avec des troubles mentaux. Grâce à ces nouvelles recommandations de l'OMS, il est prévu que ces lignes directrices facilitent les actions nationales et au niveau des lieux de travail dans les domaines de l'élaboration de politiques, de la planification et de la prestation de services en matière de santé mentale et de santé au travail.

Population :

- Les lignes directrices se concentrent sur les adultes civils, âgés de 18 ans et plus, qui exercent un travail rémunéré formel ou informel. Elles ne traitent pas des interventions pour le personnel militaire ou les personnes exposées au travail forcé, à la traite des êtres humains et à l'esclavage moderne, ni au travail des enfants. Les populations prises en compte dans ces lignes directrices incluent tous les travailleurs, qu'ils aient ou non des troubles mentaux connus, ou des personnes souffrant de troubles mentaux ou d'un handicap psychosocial cherchant à obtenir un emploi ou à reprendre un travail.
- Les lignes directrices se concentrent sur les travailleurs souffrant de détresse émotionnelle, des interventions psychosociales, telles que celles basées sur la pleine conscience ou des approches cognitivo-comportementales, ou la formation à la résolution de problèmes, peuvent être envisagées afin de réduire ces symptômes et d'améliorer l'efficacité au travail.
- Les lignes directrices se concentrent sur les travailleurs souffrant de détresse émotionnelle, l'exercice physique, tel que l'entraînement aérobique et la musculation, peut être envisagé afin de réduire ces symptômes.

Cible : Quelles interventions individuelles (interventions psychosociales et/ou activité physique et/ou interventions de promotion de la santé [style de vie]) dispensées aux travailleurs présentant des symptômes de détresse émotionnelle ou répondant aux critères des troubles mentaux améliorent la santé mentale positive et réduisent les symptômes des troubles mentaux, les comportements suicidaires et la consommation de substances ?

Les conséquences visées sont : les symptômes et troubles mentaux ; la santé mentale positive ; la qualité de vie et le fonctionnement ; la consommation de substances ; les comportements suicidaires ; les conséquences liées à l'activité professionnelle.

L'OMS focalise une attention particulière aux potentiels effets indésirables des interventions proposées.

Méthodologies ciblées : Des revues systématiques des preuves ont été utilisées pour développer les tableaux de synthèse des résultats, selon l'approche GRADE. Le GDG a élaboré des recommandations en tenant compte d'un ensemble d'éléments, à savoir : la certitude des preuves ; l'équilibre entre les effets souhaitables et indésirables ; les valeurs et les préférences des bénéficiaires ; les ressources requises et le rapport coût-efficacité ; l'équité en matière de santé, l'égalité et la discrimination ; la faisabilité ; les droits de l'homme ; et l'acceptabilité socioculturelle.

Conseil Supérieur de la Santé – Burnout et Travail

Objectif : Dans ce rapport consultatif scientifique sur la politique de santé publique, le Conseil supérieur de la santé de Belgique fournit aux autorités belges des recommandations spécifiques sur la prévention et le traitement du burnout ainsi que sur le profil de compétences des professionnels.

Population : Travailleur et professionnels de la santé.

Cible : Le *burnout professionnel*, que le rapport définit comme :

- Un processus multifactoriel
- Qui résulte de l'exposition prolongée (plus de 6 mois)
- En situation de travail
- À un stress persistant, à un manque de réciprocité entre l'investissement (exigences du travail, demandes) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou un déséquilibre entre des attentes et la réalité du travail vécue, qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) : fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique, sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs ...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration), et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes :
 - Une distanciation mentale : la personne se détache et devient cynique. Il s'agirait en fait d'une mesure d'adaptation (inefficace) face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire face : progressivement, elle se désengage de son travail, diminue son investissement et met son entourage à distance, voire développe des conceptions péjoratives à propos des personnes avec qui elle travaille ; mais cette distance forme alors elle-même un problème.
 - Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle : diminution de l'accomplissement personnel au travail, dévalorisation de soi, la personne ne se sent plus efficace dans son travail.

Méthodologies ciblées : Concernant l'identification des interventions relatives au burnout professionnel, le groupe de travail a dans un premier temps rassemblé les différents rapports et directives publiés sur le sujet en Belgique et à l'étranger ces dernières années. Le groupe a également pris connaissance à la fin de ses travaux du rapport de la Haute Autorité de Santé « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », publié en mars 2017. Par ailleurs, le groupe de travail a complété ce travail en identifiant les revues systématiques et méta-analyses les plus récentes en anglais, français et néerlandais sur une période de 2005 à 2016.

Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout

Objectif :

- Définir le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout ;
- Améliorer son repérage et sa prise en charge, ainsi que l'accompagnement de ses victimes lors de leur retour au travail.

Population :

- Toute personne exerçant un travail rémunéré ou non pour lequel un syndrome d'épuisement professionnel est suspecté.

Cible :

- Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout.

Méthodologies ciblées :

Les recommandations émises sont fondées sur des études de moindre niveau de preuve (revues systématiques de la littérature ou méta-analyses d'études de niveau de preuve 3 ou 4) et majoritairement sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation des parties prenantes. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Concernant les interventions identifiées dans les différents documents, nous retrouvons les interventions suivantes, par ordre alphabétique :

1. Activité physique
2. Acupuncture
3. Coaching
4. Conseil en orientation
5. Interventions basées sur la psychologie positive
6. Massage
7. Méditation pleine conscience
8. Qi-Gong
9. Relaxation
10. Thérapie d'acceptation et d'engagement
11. Résolution de problème
12. Thérapie de la communication
13. Thérapie par gestion du stress

14. Yoga

6.6 Étape 3 : Revues systématiques et méta-analyses additionnelles identifiées

Suite à l'analyse des guides scientifiques, 17 interventions identifiées au sein des initiatives ne figuraient pas dans les synthèses scientifiques.

1. Acupuncture

Mots-clés utilisés⁹: "acupuncture" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"¹⁰

Référence retenue : Smith, C. A., Armour, M., Lee, M. S., Wang, L. Q., & Hay, P. J. (2018). Acupuncture for depression. *Cochrane database of systematic reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004046.pub4>

2. Cohérence cardiaque

Mots-clés utilisés: "cardiac coherence" OR "biofeedback" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Laborde, S., Allen, M. S., Borges, U., Dosseville, F., Hosang, T. J., Iskra, M., ... & Javelle, F. (2022). Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104711>

3. Désensibilisation et retraitement des mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR en anglais)

Mots-clés utilisés: "EMDR" OR "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Cuijpers, P., Veen, S. C. V., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>

4. Géobiologie

⁹ Il est important de préciser que tous les mots-clés n'ont pas toujours été tous utilisés dans le même ordre, ni simultanément, en fonction de la base de données et des articles identifiés.

¹⁰ Il est important de mentionner que les derniers termes AND "work" étaient supprimés lorsqu'aucune revue systématique n'était identifiée concernant la santé mentale au travail. A cet effet, seules les revues systématiques traitant de la santé mentale ont été retenues.

Mots-clés utilisés: "Geobiology" AND "mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout" AND "work"

Référence retenue : N/A

5. Hippothérapie

Mots-clés utilisés: "hippotherapy" OR "equine-assisted therapy" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Palomar-Ciria, N., & Bello, H. J. (2023). Equine-assisted therapy in post-traumatic-stress disorder: a systematic review and Meta-analysis. *Journal of Equine Veterinary Science*, 128, 104871. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2023.104871>

6. Hypnose

Mots-clés utilisés: "hypnosis" OR "hypnotherapy" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Valentine, K. E., Milling, L., S., Lauren J. Clark L. J. & Moriarty, C. L. (2019). The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis, International. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67:3, 336-363, DOI: 10.1080/00207144.2019.1613863

7. Kinésiologie énergétique

Mots-clés utilisés: "kinesiology" OR "energetic kinesiology" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Gueguen, J., Van Bui, T., Gouaux, L., Barry, C., & Falissard, B. (2017). Évaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel, efficacité et sécurité des pratiques. *Inserm U1178. Santé Mentale et Santé Publique*.

8. Programmation neuro-linguistique (PNL)

Mots-clés utilisés: "neurolinguistic programming" OR "NLP" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Kotera, Y., Sheffield, D., & Van Gordon, W. (2019). The applications of neuro-linguistic programming in organizational settings: A systematic review of psychological outcomes. *Human Resource Development Quarterly*, 30(1), 101-116. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21334>

9. Réalité virtuelle

Mots-clés utilisés: "virtual reality" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Riches S., Taylor L., Jeyarajaguru P., Veling W., & Valmaggia L. (2024). Virtual reality and immersive technologies to promote workplace wellbeing: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 33:2, 253-273, DOI:10.1080/09638237.2023.2182428

10. Reiki

Mots-clés utilisés: "reiki" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Joyce, J., Herbison, G.P. (2015). Reiki for depression and anxiety. Cochrane Database of Systematic Review, Issue 4. DOI :10.1002/14651858.CD006833 ?pub2

11. Sophrologie

Mots-clés utilisés: "sophrology" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Balbolia, S. B. K., Ali, A., Hassler, C., Barry, C., & Falissard, B. (2020). Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de la Sophrologie. *Rapport de l'INSERM*.

12. Thérapie brève

Mots-clés utilisés: "brief therapy" AND "brief psychotherapy" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : N/A

13. Thérapie centrée sur la personne

Mots-clés utilisés: "non-directive supportive therapy" OR "person-centered therapy" AND "mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout" AND "work"

Référence retenue : Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 280-291. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>

14. Thérapie psychanalytique et psychodynamique

Mots-clés utilisés: "psychodynamic therapy" OR "psychoanalysis" OR "psychoanalytic therapy" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence retenue : Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive

disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 325, 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.161>

15. Thérapie systémique

Mots-clés utilisés: "systemic therapy" OR "interpersonal therapy" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" "burnout") AND "work"

Référence retenue : Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241-257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935830>

16. Conseil en orientation

Mots-clés utilisés: "career counseling" OR "career guidance" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" "burnout") AND "work"

Référence retenue : Milot-Lapointe, F., Le Corff, Y., & Arifoulline, N. (2021). A meta-analytic investigation of the association between working alliance and outcomes of individual career counseling. *Journal of Career Assessment*, 29(3), 486-501. <https://doi.org/10.1177/1069072720985037>

17. Activation comportementale

Mots-clés utilisés: "behavioral activation" AND ("mental health" OR "mental health" OR "well-being" OR "psychological well-being" OR "burnout") AND "work"

Référence : Cuijpers, P., Karyotaki, E., Harrer, M., & Stikkelbroek, Y. (2023). Individual behavioral activation in the treatment of depression: a meta analysis. *Psychotherapy Research*, 33(7), 886-897. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2197630>

Sur la base des recherches présentées ci-dessus et afin de pouvoir évaluer le caractère scientifique de ces interventions, 13 revues systématiques (avec ou sans méta-analyses) additionnelles ou documents scientifiques ont été identifiés. Cependant, nous n'avons pas pu identifier de documents scientifiques pour l'hippothérapie, les thérapies brèves et la géobiologie.

Par ailleurs, bien que les documents scientifiques soutiennent l'importance de **la formation des professionnels** et de la **pluridisciplinarité** dans la prise en charge des bénéficiaires en souffrance, nous avons pu identifier une revue systématique supplémentaire (Cancelliere et al., 2016) soutenant que les interventions multidisciplinaires constituent un prédicteur important afin de favoriser le retour au travail pour des raisons de troubles musculosquelettiques ou de santé mentale. Dans leur article, les auteurs définissent la multidisciplinarité comme un ensemble de ressources, y compris des professionnels de plus d'une discipline (par exemple, médecin du travail, coordinateur de cas, physiothérapeute, etc.) qui délivrent une variété d'éléments d'intervention (par exemple, exercice, éducation, traitement comportemental, conseils professionnels, etc.) avec ou sans l'inclusion d'autres parties

prenantes (par exemple, superviseurs, employeurs, représentants des assurances). Des exemples de combinaisons d'éléments d'intervention multidisciplinaire incluent des interventions physiques, éducatives, psychologiques et sociales, ainsi que des interventions physiques, psychologiques et d'orientation professionnelle. Par ailleurs, l'implication de l'organisation dans les prises en charge multidisciplinaires semble plus efficace que de ne pas l'impliquer.

6.7 Étape 4 : Évaluation et classification des initiatives sur base des recommandations scientifiques et des guides scientifiques

Le tableau 18, en page 66 contient l'ensemble des informations permettant d'évaluer le lien entre les interventions identifiées dans les initiatives et les recommandations scientifiques en la matière. À la suite de notre analyse, nous avons pu développer une classification à 4 niveaux pour l'ensemble des interventions. L'ensemble des interventions est présenté dans cette classification en Figure 12, située en page 65.

Il est important de mentionner que tant le document de la NICE que celui de l'OMS ont évalué la qualité des interventions au moyen de la classification GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Cette classification est établie selon quatre niveaux de qualité :

Tableau 17. Définition des niveaux de qualité du GRADE

Niveau de qualité	Définition
Élevé	Nous avons une confiance élevée dans l'estimation de l'effet : celle-ci doit être très proche du véritable effet.
Modéré	Nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet : celle-ci est probablement proche du véritable effet, mais il est possible qu'elle soit nettement différente.
Faible	Nous avons une confiance limitée dans l'estimation de l'effet : celle-ci peut être nettement différente du véritable effet.
Très faible	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet : il est probable que celle-ci soit nettement différente du véritable effet.

NOTE IMPORTANTE : Les études et les résultats décrits ci-dessous ont été définis et décrits sur la base du positionnement des auteurs et experts des documents scientifiques identifiés, les chercheurs du présent projet visant à relater cette littérature plutôt qu'à se positionner. Seule la classification a été réalisée par les chercheurs responsables du présent projet.

6.7.1 Interventions recommandées

Cette première catégorie regroupe 3 interventions (voir Figure 12) recommandées par les documents de synthèses identifiés. Ces interventions sont aujourd'hui largement recommandées car la nature de leur implémentation permet une évaluation systématique au moyen d'échelles validées. Ces évaluations rigoureuses fournissent des données probantes de leurs bienfaits et permettent d'orienter les pratiques cliniques vers des approches fondées sur des données probantes.

Concernant le guide du NICE (2022), le comité d'experts recommande de manière unanime les sessions de Thérapie cognitivo-comportementales (TCC) pour améliorer la santé mentale des travailleurs. Plus spécifiquement, leur recherche montre que les TCC auraient des bénéfices sur le bien-être et les symptômes liés à la santé mentale dans un contexte professionnel. La qualité des évidences concernant ces cibles thérapeutiques a été évaluée à faible. Par ailleurs, le rapport de la NICE soutient que les TCC diminueraient le présentéisme (se rendre au travail malgré des problèmes de santé physique ou psychologique), avec un niveau de preuve modéré. De plus le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) de l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour la TCC dispensée aux travailleurs souffrant de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait de diminuer les symptômes dépressifs. La certitude globale des preuves a été jugée modérée. Selon le CSS, qui ne traite que du burnout professionnel dans son rapport, soutient que « *seule la thérapie cognitivo-comportementale a suffisamment de preuves dans la littérature pour être recommandée dans les interventions.* » (Conseil Supérieur de la Santé, 2017, p. 27). Le rapport du CSS souligne également que cette analyse est liée au manque d'études scientifiques sur le lien entre les autres interventions existantes et le burnout professionnel. Enfin, le rapport du HAS présente le résultat d'une série d'études démontrant une diminution significative du niveau de burnout pour les groupes ayant suivi une TCC comparativement à un groupe contrôle.

Concernant les interventions en **gestion du stress**, le comité d'experts de la NICE recommande ces interventions en raison de la qualité d'évidence modérée de ces interventions sur l'amélioration satisfaction et la qualité de vie au travail, ainsi que la littérature en santé mentale. Par ailleurs, il souligne également que ces interventions diminuent le stress lié au travail et les symptômes liés à la santé mentale, avec un niveau de qualité d'évidence jugée faible. De plus le GDG de l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour les interventions en gestion du stress dispensées aux travailleurs souffrant de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait de diminuer les symptômes dépressifs et anxieux. La certitude globale des preuves a été jugée faible. Par ailleurs, le document de la HAS soutient dans sa revue de littérature que les interventions en gestion du stress combinant les TCC et la relaxation auraient un effet bénéfique sur le stress. Concernant le CSS, aucune information sur ce type d'intervention n'a été rapportée.

Le dernier type d'intervention de cette catégorie se réfère aux interventions basées sur la **méditation à la pleine conscience**. Concernant le guide du NICE, le

comité d'experts recommande de manière unanime les sessions de méditation pleine conscience pour améliorer la santé mentale des travailleurs. Plus spécifiquement, leur recherche souligne que ce type d'intervention aurait des bénéfices sur le bien-être, les symptômes liés à la santé mentale, ainsi qu'à l'absentéisme dans un contexte professionnel. La qualité des évidences concernant ces cibles thérapeutiques a été évaluée à modérée. Il est important de souligner que la majorité des interventions identifiées faisaient référence au programme *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Réduction du Stress Basée sur la Pleine Conscience) dont le protocole nécessite une formation et une implémentation spécifiques (Grossman et al., 2004). De plus le GDG de l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour les interventions dispensées aux travailleurs souffrant de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait d'améliorer la santé mentale et de diminuer le burnout, le stress et l'insomnie. La certitude globale des preuves a été jugée de faible à forte. Le CSS, qui ne traite que du burnout professionnel dans son rapport, soutient également l'utilisation de la MBSR. Enfin, le rapport de la HAS fait également référence à la MBSR comme intervention structurée de méditation pleine conscience. Les études présentées dans le rapport du HAS soutiennent également que la méditation permet de diminuer significativement le burnout et améliore la santé mentale des professionnels de santé.

6.7.2 Interventions démontrant des bénéfices, mais nécessitant de nouvelles recherches

Cette deuxième catégorie regroupe 14 interventions (Voir Figure 12). Au sein de celles-ci, nous avons développé deux sous catégories, composées des 1) interventions démontrant des bénéfices *identifiés* au sein des documents de références, mais nécessitant de nouvelles recherches et 2) interventions démontrant des bénéfices *non identifiés* au sein des documents de références et nécessitant de nouvelles recherches.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons premièrement **les interventions basées sur la psychologie positive**. Ces interventions visent à agir sur les facteurs de résilience et les déterminants du bien-être tels que définis dans le modèle PERMA (*Positive emotion, Engagement, Positive Relationships, Meaning, Accomplishment*) de Seligman (2011). Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet. Toutefois, moins stricte dans ces recommandations, le GDG du document publié par l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour les interventions basées sur la psychologie positive dispensée aux travailleurs souffrants de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait de diminuer le burnout, le stress et l'insomnie. La certitude globale des preuves a été jugée de faible à forte. Concernant le document du CSS, le groupe d'experts souligne l'augmentation des recherches scientifiques pour ce type d'interventions, mais ne positionne pas quant à sa recommandation. Toutefois, le rapport de HAS ne mentionne pas ce type d'intervention.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons également l'ensemble **des interventions visant à développer ou améliorer les compétences en**

communication ou psychosociales. Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet, bien qu'une étude souligne les bénéfices de l'expression écrite sur le bien-être (Michailidis et al., 2019). Toutefois, moins stricte dans ces recommandations, le GDG du document publié par l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour les interventions basées sur la communication dispensée aux travailleurs souffrants de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait de diminuer le burnout, le stress et l'insomnie. La certitude globale des preuves a été jugée de faible à forte. Concernant le document du CSS, le groupe d'experts souligne que les formations destinées à l'affirmation de soi ont démontré une diminution du burnout dans les recherches scientifiques. Concernant le document de l'HAS, les formations à la communication diminueraient de manière significative les symptômes relatifs au burnout professionnel.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons également l'ensemble des interventions se référant à **la relaxation**. Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet. Concernant l'OMS, la relaxation n'est pas mentionnée dans leur document. Concernant le document du CSS, le groupe d'experts souligne que la relaxation favorise une diminution du burnout dans les recherches scientifiques. Concernant le document de l'HAS, la relaxation serait bénéfique pour diminuer le burnout, le stress et améliorer la qualité de vie.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons également l'ensemble **des interventions visant la résolution de problème**. Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet, bien qu'une étude dont la qualité des évidences était modérée mentionne les effets bénéfiques sur le stress lié au travail et les symptômes liés à la santé mentale (Ebert et al., 2014). Les autres documents ne mentionnent pas cette intervention.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons également **la thérapie d'acceptation et d'engagement**. Cette thérapie vise à s'ouvrir à l'expérience émotionnelle, à s'engager dans des comportements en accord avec ses valeurs et à promouvoir la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006). Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet. Toutefois, ils soulignent que cette thérapie permet de réduire le stress et les symptômes liés à la santé mentale et d'augmenter le bien-être et la satisfaction au travail, avec des évidences de qualité très faible à modérer. Moins stricte dans ces recommandations, le GDG du document publié par l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour les interventions basées sur la thérapie d'acceptation et d'engagement dispensées aux travailleurs souffrants de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait de diminuer le burnout, le stress et l'insomnie. La certitude globale des preuves a été jugée de faible à forte. Concernant le document du CSS, le groupe d'experts souligne des effets positifs pour la thérapie d'acceptation et d'engagement. Concernant le document de l'HAS, aucune information sur ce type d'intervention n'a été mentionnée.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons également **le coaching dit préventif**. Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet. Toutefois, ils soulignent que certaines études ont montré une diminution du stress lié au travail, de l'absentéisme et une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction au travail, avec un niveau de qualité des évidences qualifiée de faible à modéré. Les autres documents ne mentionnent pas le coaching. Il est important de mentionner également que les interventions de coaching nécessitent une grande prudence, car ce domaine reste largement non réglementé et n'offre pas les garanties légales associées aux professions des soins de santé mentale / praticiens d'une profession des soins de santé. Contrairement à ces derniers, les coachs ne sont pas tenus de suivre un cursus standardisé ni d'obtenir une certification reconnue par l'État, ce qui rend difficile l'évaluation de leurs compétences et de leur déontologie. Cette absence de cadre légal peut entraîner des dérives, notamment des pratiques inefficaces, voire nuisibles, pour les individus en situation de vulnérabilité. Toutefois, le coaching n'est pas mauvais en soi : lorsqu'il est bien pratiqué, il peut constituer un outil utile pour accompagner le développement personnel ou professionnel. Cependant, pour garantir des interventions bénéfiques et sécurisées, il est préférable que ces techniques soient encadrées par des professionnels qualifiés, formés à des approches basées sur des preuves et respectant un cadre éthique rigoureux. Cela permet d'éviter que des problématiques complexes, notamment psychologiques ou médicales, soient mal prises en charge et de s'assurer que les objectifs du coaching soient atteints dans les meilleures conditions.

Dans la première sous-catégorie, nous retrouvons également **l'activité physique**. Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet. Toutefois, moins stricte dans ces recommandations, le GDG du document publié par l'OMS a conclu qu'une recommandation conditionnelle pour les interventions basées sur l'activité physique dispensée aux travailleurs souffrants de détresse émotionnelle était justifiée, car elle permettait de diminuer les symptômes dépressifs. Les autres documents n'abordaient pas ce type d'intervention.

Enfin, dans la première sous-catégorie, nous retrouvons le **massage**. Le comité d'experts de la NICE ne recommande pas ces interventions en raison du manque de recherches scientifiques sur le sujet. Toutefois, une étude identifiée démontre une amélioration de la santé mentale, avec un niveau de qualité d'évidence qualifiée de modérée (Seo et al., 2020). Les autres documents n'abordaient pas ce type d'intervention.

Dans la deuxième sous-catégorie, nous retrouvons premièrement les **interventions psychologiques se basant sur les thérapies psychanalytiques et psychodynamiques, systémiques** et de **support non directif** (approche centrée sur la personne). Concernant les thérapies d'inspiration psychanalytique et

psychodynamique, un autre apport réalisé par la NICE soutient que les psychothérapies psychodynamiques à court terme sont utiles pour les personnes souffrant de difficultés émotionnelles et développementales contribuant à leur dépression (National Institute for Health and Care Excellence, 2022a). Concernant les thérapies systémiques, Pinquart et al. (2016) ont réalisé une méta-analyse visant à évaluer l'efficacité de la thérapie systémique sur les troubles psychiatriques à l'âge adulte. Cette méta-analyse intègre les résultats de 37 essais contrôlés randomisés portant sur des thérapies avec un focus systémique explicite, chez des adultes présentant des troubles psychiatriques. En moyenne, la thérapie systémique a montré une efficacité à court terme ($g = 0,51$) et à long terme ($g = 0,55$) plus forte que les groupes témoins sans traitement alternatif, et une efficacité à court terme supérieure à celle des traitements actifs alternatifs ($g = 0,25$). De plus, l'efficacité de la thérapie systémique était comparable à celle d'autres psychothérapies de référence. Concernant la thérapie de support non-directif, des chercheurs ont réalisé une méta-analyse incluant 31 études portant sur les psychothérapies pour la dépression chez les adultes, et ont mené des analyses comparant la thérapie de support non-directif avec des groupes témoins, d'autres psychothérapies et pharmacothérapies. Les chercheurs ont constaté que cette thérapie est efficace pour traiter la dépression chez les adultes ($g = 0,58$). Les chercheurs estiment que les facteurs extra-thérapeutiques (les processus opérant dans les groupes témoins en liste d'attente ou les soins habituels) étaient responsables de 33,3 % de l'amélioration globale, les facteurs non spécifiques (les effets de la thérapie par rapport aux groupes témoins) de 49,6 %, et les facteurs spécifiques (les effets de la thérapie par rapport aux autres thérapies) de 17,1 %. En conclusion, la thérapie de support non-directif a un effet significatif sur les symptômes de la dépression. Sur 30 études, 14 étaient de bonnes qualités.

Nous considérons ces approches comme particulièrement importantes car elles reposent sur des principes qui favorisent une compréhension profonde de l'individu, de ses relations et de ses dynamiques intérieures. Ces différentes approches ont également permis le développement des formes innovantes d'interventions, comme la clinique du travail. La clinique du travail, qui trouve de plus en plus de place dans le contexte professionnel, applique ces principes pour aider les individus à faire face aux défis du monde du travail. À ce titre, certaines interventions ont intégré cette dimension dans leur dispositif, comme le projet pilote burn-out de Fedris dans le contexte belge (FEDRIS, 2023 ; Hansez & Braeckman, 2023).

Nous retrouvons également **l'activation comportementale (AC)**. À la suite de nos différentes recherches, nous n'avons pas été en mesure d'identifier des références scientifiques traitant spécifiquement de l'activation comportementale en lien avec la santé mentale et le travail. Toutefois, la méta-analyse publiée par Cuijpers et ses collègues (2023) soutient l'efficacité de cette intervention pour traiter la dépression. L'AC vise à accroître les interactions positives entre une personne et son environnement. Dans leur méta-analyse, 22 essais contrôlés randomisés impliquant 819 patients ont été inclus, comparant l'activation comportementale individuelle à une liste d'attente, aux soins habituels ou à d'autres conditions de contrôle sur des résultats

de traitement mesurés à long terme. Neuf études ont été jugées à faible risque de biais. Les résultats montrent un effet important de l'AC individuelle avec une taille d'effet (g de Hedges¹¹) de 0,85 et une forte hétérogénéité. En conclusion, selon les auteurs, l'AC s'avère être un type de thérapie efficace et relativement simple qui peut être largement appliqué dans des populations variées.

Dans la deuxième sous-catégorie, nous retrouvons les interventions utilisant **la réalité virtuelle en lien avec le contexte professionnel**. Dans leur revue systématique, Riches et al. (2024) ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité des technologies immersives pour promouvoir le bien-être en milieu de travail. Dans leur travail, les chercheurs ont inclus dix-sept études et 1270 participants. Plus de la moitié ont été menées en Europe et huit études étaient des essais contrôlés. La plupart des études impliquaient des sessions brèves et uniques de réalité virtuelle immersive, et fournissaient des preuves de faisabilité, d'acceptabilité et d'efficacité sur des variables liées au bien-être, telles que le stress ou la relaxation. Les environnements de réalité virtuelle incluaient des tâches de relaxation, comme la méditation ou des exercices de respiration, et des stimuli naturels, tels que des forêts, des plages et de l'eau. Les études concernaient des employés de bureau, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des enseignants et du personnel militaire. Par ailleurs, la qualité des évidences était « forte » (N = 1), « modérée » (N = 13) et « faible » (N = 3). Dans leur synthèse, les chercheurs soutiennent que la relaxation en réalité virtuelle semble utile en milieu de travail. Cependant, les données limitées à long terme, les essais contrôlés et les études en contexte naturel signifient que les conclusions doivent être interprétées avec prudence.

Finalement, nous retrouvons les interventions portant sur **le conseil en orientation**. À cet effet, une récente méta-analyse a évalué l'association entre l'alliance de travail et les résultats du conseil de carrière individuel. Cette méta-analyse a inclus 18 études publiées et non publiées, produisant une taille d'effet moyenne pondérée de $r = 0,42$. Des méta-analyses distinctes ont été menées pour plusieurs types d'indicateurs : les indicateurs liés à la carrière, les résultats en matière de santé mentale et la qualité de l'intervention perçue par le client. Les tailles d'effet moyennes pour l'association entre l'alliance de travail et les types de résultats étaient respectivement de 0,28, 0,18 et 0,62. Les analyses de modérateurs ont indiqué que la taille d'effet moyenne globale ($r = 0,42$) variait en grande partie en fonction du type de résultats et du moment de l'évaluation de l'alliance de travail (première séance, au milieu ou à la fin du service de conseil). Ces résultats suggèrent donc que l'alliance de travail est associée à l'efficacité du conseil de carrière, mais également au bien-être des bénéficiaires.

¹¹ Le g de Hedges est un estimateur de la taille d'effet (Hedges, 1981). Une petite taille d'effet correspond à un score aux alentours de 0,2, une taille d'effet moyenne aux alentours de 0,5 et une taille d'effet large à 0,8 ou plus.

6.7.3 Interventions présentant des bénéfices, mais dont les études présentent de nombreux biais méthodologiques

Dans cette troisième catégorie, nous examinons quatre interventions qui ont montré des bénéfices significatifs dans leurs applications (voir Figure 12). Cependant, bien que les interventions présentent des bénéfices, les biais méthodologiques soulèvent des questions importantes quant à la robustesse et à la fiabilité de ces résultats. Il est crucial de prendre en compte ces limitations lors de l'interprétation des données. Les décideurs et les praticiens doivent être prudents et considérer la nécessité de recherches supplémentaires, mieux conçues, afin de valider ces bénéfices avant d'intégrer ces interventions dans la pratique.

Une première intervention nécessitant de la prudence est **l'hypnose**. Dans leur méta-analyse, Valentine et al. (2019) ont quantifié l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'anxiété. Les études incluses devaient utiliser un modèle inter-sujets ou mixte, comparant une intervention par hypnose avec une condition de contrôle pour évaluer la réduction des symptômes d'anxiété. Sur 399 études examinées, 15 études comprenant 17 essais ont satisfait aux critères d'inclusion. À la fin du traitement actif, les 17 essais relatent une taille d'effet moyenne pondérée de 0,79, indiquant que les participants ayant reçu de l'hypnose ont réduit leur anxiété plus que 79 % des participants du groupe témoin. Au suivi le plus long, sept essais ont révélé une taille d'effet moyenne pondérée de 0,99, montrant que les participants traités par hypnose avaient amélioré leur condition plus que 84 % des participants de contrôle. L'hypnose s'est révélée plus efficace pour réduire l'anxiété lorsqu'elle était combinée à d'autres interventions psychologiques plutôt qu'utilisée seule. Toutefois, l'anxiété comme cible thérapeutique portait sur l'anxiété liée aux soins dentaires (N = 3), aux soins médicaux (N = 3), à l'anxiété généralisée (N = 4) et à l'anxiété de performance (N = 7). Par ailleurs, les risques de biais concernant la génération de séquence étaient élevés, ce qui signifie que la répartition des participants n'était pas forcément assignée de manière aléatoire aux groupes d'études. Il existe donc un risque accru que les groupes ne soient pas véritablement comparables, ce qui pourrait compromettre la validité des résultats de l'étude et limiter la généralisation des conclusions. Cependant, l'enjeu se situe avant tout au niveau éthico-juridique. Bien que l'hypnose soit encadrée par des chartes éthiques, le cadre légal concernant ses interventions et formations reste flou et insuffisamment défini. Ce flou juridique devient particulièrement problématique lorsque l'hypnose est pratiquée par des individus qui ne sont pas des professionnels de santé, ce qui soulève des questions éthiques majeures. Il est crucial de souligner que, tout en reconnaissant le potentiel de l'hypnose, nous abordons cette question avec une grande prudence, veillant à respecter les limites de la pratique dans un cadre rigoureux et sécurisé. De notre point de vue, de nouvelles études sont nécessaires pour mieux comprendre les processus explicatifs de l'efficacité prétendue de l'hypnose. Ce n'est qu'après de telles recherches approfondies que cette pratique pourra être recommandée comme une intervention se basant sur des données probantes.

Une deuxième intervention est la désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires (ou EMDR en anglais). Une récente méta-analyse réalisée par

Cuijpers et al. (2019) ont identifié 27 études étudiant l'effet de l'EMDR sur les problèmes de santé mentale. La majorité des essais cliniques randomisés (62%) portaient sur le trouble de stress post-traumatique, avec une taille d'effet forte de $g = 0,93$, mais une hétérogénéité élevée a été constatée, indiquant une forte variabilité entre les études. Seulement quatre des 27 études analysées présentaient un faible risque de biais, et des indices de biais de publication ont également été relevés, ce qui compromet la fiabilité des résultats. L'EMDR s'est toutefois montré plus efficace que d'autres thérapies, mais cet avantage disparaît dans les études de meilleure qualité, où le risque de biais est faible. En somme, l'EMDR pourrait offrir des bénéfices à court terme pour le trouble de stress post-traumatique, mais, en raison des nombreux biais et de la faible qualité des études disponibles, il convient de rester prudent : les preuves actuelles sont insuffisantes pour formuler des recommandations claires, tant pour le trouble de stress post-traumatique que pour d'autres troubles de santé mentale. Par ailleurs, la division 12 de l'American Psychological Association¹² soutient de prendre des précautions au regard de ce type d'intervention. En effet, Il semble donc que, bien que l'EMDR soit efficace, le mécanisme de changement pourrait résider dans l'exposition elle-même, les mouvements oculaires étant peut-être superflus. Si l'EMDR se réduit effectivement à une thérapie d'exposition avec un élément accessoire, cela soulève la question de la pertinence de sa diffusion pour les patients et pour le domaine.

Un troisième type d'intervention concerne la **cohérence cardiaque**. Cette pratique vise à réduire l'activation psychophysiologique par une pratique régulière d'une respiration rythmée lente. Dans leur revue systématique et méta-analyse, Laborde et ses collaborateurs (2022) ont investigué l'effet de la cohérence cardiaque sur une série de paramètres liés au fonctionnement des systèmes nerveux sympathiques, parasympathiques, mais également à l'activité cardiaque. Au total, 223 études ont été incluses dans leur article. Leur analyse démontre que la respiration lente volontaire entraîne une augmentation du contrôle parasympathique du cœur, ce qui permettrait de prévenir les problèmes de santé mentale et physique. Cependant, la grande majorité des études incluses présentaient un risque élevé de biais, soulignant la nécessité d'une interprétation prudente des résultats et de la difficulté de pouvoir se positionner. Ainsi, bien que la respiration contrôlée puisse avoir des effets bénéfiques sur le stress, elle ne peut pas, à notre sens, constituer une intervention à part entière pour traiter les difficultés liées aux problèmes de santé mentale au travail. En effet, il est essentiel de prendre en compte les interactions complexes entre l'environnement de travail et la personne, afin de comprendre pleinement l'impact du stress et des facteurs environnementaux sur la santé mentale. Les problèmes de santé mentale au travail ne se résument pas à des facteurs individuels, mais sont souvent le résultat de dynamiques plus larges, incluant les conditions de travail, la charge de travail, la culture organisationnelle, et les relations interpersonnelles. Par conséquent, une approche

¹² <https://div12.org/treatment/eye-movement-desensitization-and-reprocessing-for-post-traumatic-stress-disorder/>

plus globale et intégrée est nécessaire pour répondre de manière efficace et durable à ces enjeux.

Par ailleurs, il est également important de rester prudent quant à l'utilisation de la **programmation neuro-linguistique** (PNL). La PNL est une approche de la communication et du développement personnel qui se concentre sur la manière dont les individus organisent leur pensée, leurs émotions et leur langage. Dans leur article, Kotera et al. (2018) avait pour objectif de mener une revue systématique des études empiriques évaluant l'application de la PNL dans les contextes organisationnels. Les résultats ciblés incluaient l'estime de soi, la crédibilité, l'engagement organisationnel et le stress professionnel. La recherche dans la littérature a abouti à 952 titres, parmi lesquels sept études ont satisfait à tous les critères d'inclusion. Les résultats indiquent que la PNL peut être efficace pour améliorer une large gamme de résultats psychologiques liés au travail, notamment l'estime de soi et le stress professionnel. Cependant, des préoccupations concernant la rigueur méthodologique ont été soulevées. Parmi les 96 articles considérés comme potentiellement pertinents pour cette revue systématique, 80 % ont été exclus en raison de leur nature théorique. Ce constat met en lumière le caractère axé sur le marché financier de la PNL (Grimley, 2016), qui, en matière d'efficacité, semble s'appuyer davantage sur des preuves anecdotiques que sur des enquêtes empiriques rigoureuses. De surcroît, la qualité méthodologique des sept articles éligibles s'est révélée relativement faible. En effet, l'évaluation de la qualité a révélé que la majorité des études incluses présentaient des biais de sélection et n'incluaient pas d'évaluation de suivi. De plus, les précisions concernant les compétences spécifiques en PNL mobilisées (notamment leurs fonctions et procédures) ainsi que le niveau de compétence des facilitateurs/intervenants étaient souvent absentes. Les informations relatives aux participants, telles que leur représentativité et les modalités de leur recrutement, étaient également fréquemment non documentées. Ces lacunes méthodologiques soulèvent des enjeux importants pour les recherches futures, qui doivent être abordés afin de surmonter les préoccupations de crédibilité liées à la qualité des travaux sur la PNL. Il est également essentiel de mener davantage d'études expérimentales incluant des groupes de contrôle pour mieux évaluer les bénéfices de la PNL (Luthans, 2012). Au regard des résultats obtenus, nous émettons de nombreuses réserves quant à la validité de la PNL à ce jour.

Enfin, nous avons identifié l'**hippothérapie**. À cet égard, nous avons identifié une méta-analyse évaluant l'effet de la thérapie assistée par les chevaux sur le trouble de stress post-traumatique (Palomar-Ciria et al., 2023). Dans ce travail, 5 études ont été identifiées, démontrant des effets bénéfiques sur la réduction des symptômes. Toutefois, les auteurs ont relevé des faiblesses méthodologiques conséquentes. En effet, les auteurs des différentes interventions n'ont effectué aucune randomisation ni aucune procédure en double aveugle. L'absence d'un groupe de contrôle constitue donc une limite majeure pour prouver l'effet potentiel du protocole d'hippothérapie.

6.7.4 Interventions ne démontrant aucun effet ou information

Cette quatrième catégorie se concentre sur les interventions qui n'ont pas réussi à démontrer des effets significatifs ou des résultats probants dans les études menées. Contrairement aux interventions présentées au point 6.7.3 qui ont montré des bénéfices, celles-ci n'apportent aucune preuve solide de leur efficacité, et certaines peuvent même ne pas avoir été suffisamment étudiées pour en tirer des conclusions définitives.

En premier lieu, nous retrouvons le **Reiki**. Dans sa revue publiée dans la Cochrane Library, Herbison (2015) a évalué l'effet des interventions en Reiki sur l'anxiété et la dépression. Dans sa recherche, l'auteure a inclus un nombre limité de participants (45 souffrants d'anxiété/dépression sur 124 randomisés) provenant de sous-groupes de trois études répondant aux critères d'inclusion. Selon ses résultats, le Reiki est un traitement dont l'efficacité n'est pas prouvée, et davantage de preuves sont nécessaires avant de pouvoir l'accepter comme utile ou de le rejeter comme inutile. Toujours selon l'auteure, le Reiki devrait être administré par un praticien formé, et il serait utile de le comparer à des traitements permettant d'assurer la présence d'un groupe contrôle et expérimental, ainsi qu'à différentes formes de Reiki (par exemple, le Reiki à distance). Les résultats devraient inclure des mesures de l'anxiété ou de la dépression évaluées après une période raisonnable, ainsi que des évaluations ultérieures pour vérifier la persistance de tout effet. En somme, il est actuellement difficile de pouvoir recommander le Reiki compte tenu du manque d'évidence scientifique sur le sujet. Par ailleurs, tout comme le coaching n'est pas réglementé et n'offre pas les garanties légales associées aux professions des soins de santé mentale / praticiens d'une profession des soins de santé. Contrairement aux psychologues ou médecins, les praticiens du Reiki ne sont pas tenus de suivre un cursus standardisé ni de détenir une certification reconnue par l'État. Cette absence de cadre légal peut entraîner des dérives et des pratiques inefficaces, voire nuisibles.

Ensuite, nous avons identifié la **sophrologie**. À cet égard, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a réalisé une recherche visant à évaluer son efficacité. La sophrologie est une pratique psychocorporelle s'appuyant sur des techniques de relaxation associées à des exercices de respiration et à de l'évocation positive, créée et développée en 1960 par Alfonso Caycedo. L'interrogation de la littérature scientifique médicale et la consultation des documents fournis par les sophrologues n'ont permis de mettre en évidence que très peu d'études publiées évaluant l'efficacité de la sophrologie avec une méthodologie rigoureuse de type essai clinique comparé dans des journaux à comité de lecture. Trois études ont été retenues couvrant la prise en charge de l'asthme de l'enfant, la prise en charge de la fibromyalgie et la prise en charge du stress chez le sujet sain. La revue des données d'efficacité montre des effets cliniques modérés, voire absents. Selon les auteurs du rapport, « le mécanisme d'action de la sophrologie est certes décrit avec force précisions dans de nombreux textes, la théorie sous-jacente n'en est pas moins toujours largement spéculative. Quelques études se sont penchées sur la question de l'efficacité de la sophrologie, trop peu sont méthodologiquement convaincantes et

leurs résultats trop hétérogènes pour que l'on puisse affirmer ou infirmer une quelconque efficacité. Enfin, la question des effets indésirables reste en suspens. Les craintes sont certes limitées, mais, par principe, il n'est pas acceptable de rester dans le doute dans ce domaine » (p. 138-139). Ainsi, nous émettons également une grande prudence quant à la recommandation de ces interventions.

Ensuite, nous avons identifié l'**acupuncture**. Dans le document de la NICE, une étude portant sur l'auriculothérapie, consistant en la stimulation de points sur différents endroits de l'oreille externe, a été identifiée. Elle démontrait des effets bénéfiques sur le stress lié au travail, mais les experts du document publié par le NICE n'ont pas recommandé cette intervention, étant donné qu'une seule étude avait été identifiée. Par ailleurs, un travail visant l'efficacité et les effets indésirables de l'acupuncture dans le traitement de la dépression a été publié dans la Cochrane Database of Systematic Reviews. Au total, trente essais portant sur 7104 participants ont été inclus dans cette méta-analyse (Smith et al., 2018). Au regard des nombreux biais présents dans les études et de l'absence de différences significatives entre les groupes étudiés, les preuves ont été considérées comme insuffisantes pour recommander l'utilisation de l'acupuncture pour traiter la dépression.

Ensuite, nous avons identifié la **kinésiologie énergétique**. Pour évaluer les caractéristiques scientifiques de cette intervention, nous avons pu analyser les conclusions du rapport de l'INSERM réalisé en 2017 sur le sujet. Selon le syndicat national de kinésiologie français, la kinésiologie n'est ni une médecine ni une thérapie et n'a aucun désir de l'être. Elle laisse aux médecins et aux spécialistes le soin de traiter les malades et leurs maladies. La kinésiologie travaille en amont, sur la santé et le bien-être de l'individu et s'envisage comme une approche éducative et préventive. La kinésiologie énergétique couvre ainsi de larges domaines d'application : professionnels, familiaux, personnels, sportifs, éducatifs, etc. Au total, deux essais cliniques randomisés ont été identifiés dans le document réalisé par l'INSERM. Cependant, l'une traitait de l'efficacité de la kinésiologie sur les douleurs lombaires et la seconde sur la dyslexie. Aucune donnée n'a donc été récoltée sur le bien-être ou la santé mentale. De plus, ces études présentaient de nombreux biais. Les conclusions de l'INSERM sont relativement claires : « *Les données ne permettent pas de conclure à ce jour à l'efficacité de la kinésiologie appliquée ni de la kinésiologie énergétique, dans aucune indication* » (INSERM, 2017, p. 18). En effet, la théorie sous-jacente à l'efficacité de la kinésiologie n'est à ce jour étayée par aucune étude scientifique. En conclusion, tout comme le Reiki ou la géobiologie, en l'absence de données probantes supplémentaires et de cadre réglementé, il n'est, de notre analyse, pas recommandé de recourir à ce type d'intervention à ce jour.

Finalement, nous retrouvons la **géobiologie**. Aucun document scientifique n'a pu être identifié dans nos recherches et il est de même difficile d'en trouver une définition claire. Il s'agirait d'une pratique qui *déterminerait les caractéristiques du lieu, les facteurs ayant une influence sur le bien-être et l'hygiène du vivant, formule des recommandations et met en œuvre si nécessaire des moyens pour préserver ou améliorer le bien-être des occupants*. Elle utilise, à ces fins, plusieurs outils comme

l'enquête, l'observation, l'entretien, la détection bio sensible et la mesure scientifique. Au vu du manque d'évidence scientifique, nous émettons de sérieuses précautions sur le sujet. Nos analyses et évaluations sont donc les mêmes que celles que nous appliquons au Reiki, prenant en compte l'absence de réglementation, le manque de garanties légales et la nécessité d'une formation certifiée. Nous soulignons ainsi les risques potentiels liés à des pratiques non encadrées.



Figure 12. Classification des interventions par niveau de recommandation et de preuve

Tableau 18. Synthèse des interventions identifiées au sein des initiatives et des recommandations scientifiques de ces interventions

	NICE (santé mentale et travail)	Cible thérapeutique	Qualité évidence (GRADE)	OMS (santé mentale et travail)	Cible thérapeutique	Qualité évidence (AMSTAR)	CSS (pour le burnout)	Cible thérapeutique	HAS (pour le burnout)	Cible thérapeutique	Articles scientifiques additionnels	Cible thérapeutique
Première catégorie												
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	Le comité recommande les sessions de TCC	Bien-être, symptômes liés à la santé mentale	Faible qualité des évidences	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	Symptômes dépressifs	Modérée	Seule la TCC a suffisamment de preuves dans la littérature pour être recommandée dans les interventions	Conception de soi, stratégie d'adaptation, problèmes interpersonnels, résolution de problèmes	Synthèses de revues systématiques montrant un effet significatif de la TCC la TCC seule aurait un effet plus important que d'autres interventions	Burnout, stress, qualité de vie		
		Présentéisme	Qualité des évidences modérées									
Gestion du stress	Le comité recommande la gestion du stress	Satisfaction au travail, qualité de vie, littératie de santé mentale	Qualité des évidences modérées	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	E-stress management : dépression, anxiété et symptômes de stress	Faible	N/A	N/A	Interventions combinant TCC et relaxations ont un effet	Stress		
		Stress lié au travail, symptômes liés à la santé mentale	Faible qualité des évidences									
Méditation pleine conscience	Le comité recommande la pleine conscience	Bien-être, symptômes liés à la santé mentale, absentéisme	Qualité des évidences modérées	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	Pour les interventions digitales - effet faible sur la santé mentale, effet modéré sur le burnout, effet fort sur le stress et l'insomnie	Faible,	Effets positifs	Non précisé, Burnout ?	Amélioration significative de la santé mentale	Burnout chez les professionnels de soins et enseignants, burnout, stress, anxiété, bien-être, efficacité personnelle		
						modéré						
		Stress au travail	Faible qualité des évidences			et fort						

Deuxième catégorie A

Interventions basées sur la psychologie positive	En raison du manque d'évidences, le comité ne soutient pas de recommandation	Pas de différence pour les symptômes liés à la santé mentale	1 étude - Qualité modérée	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	Pour les interventions digitales - effet faible sur la santé mentale, effet modéré sur le burnout, effet fort sur le stress et l'insomnie	Faible, modéré et fort	il y a de plus en plus de soutien scientifique pour les interventions psychologiques positives	Absentéisme, confiance en soi, réduction de troubles mentaux	N/A	N/A		
Travail de la communication / Compétences psychosociales	En raison du manque d'évidences, le comité ne soutient pas de recommandation	Bénéfice de l'expression écrite pour le bien-être, le stress lié au travail et les symptômes liés à la santé mentale	1 étude - Qualité très faible	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	Amélioration pour les symptômes dépressifs	Faible certitude	Les formations à l'affirmation de soi ont montré des effets positifs	Non précisé, Burnout?	Amélioration significative de la santé mentale	Burnout, stress, turnover en unités psychiatriques		
					Pour les interventions digitales - effet faible sur la santé mentale, effet modéré sur le burnout, effet fort sur le stress et l'insomnie	Faible, modéré et fort						
Relaxation	En raison du manque d'évidences, le comité ne soutient pas de recommandation	N/A	N/A	N/A	N/A		Effet positif	Non précisé, Burnout?	Effet bénéfique de la relaxation mentale et physique	Burnout, stress, qualité de vie		
Résolution de problème	En raison du manque d'évidences/études, le comité ne soutient pas de recommandation	Bénéfices pour le stress lié au travail et les symptômes liés à la santé mentale	1 seule étude - qualité modérée	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A		

		Pas de bénéfice pour l'absentéisme	1 seule étude - qualité faible									
Thérapie d'acceptation et d'engagement	En raison du manque d'évidences/études, le comité ne soutient pas de recommandation	Bénéfices pour le stress lié au travail et les symptômes liés à la santé mentale	2 études, qualité modérée	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	Pour les interventions digitales - effet faible sur la santé mentale, effet modéré sur le burnout, effet fort sur le stress et l'insomnie	Faible, modéré et fort	Effets positifs pour la thérapie d'acceptation et d'engagement	Non précisé, Burnout?	N/A	N/A		
		Pas de différence pour le bien-être et la satisfaction au travail	2 études, qualité très faible									
Coaching ¹³ (préventif)	En raison du manque d'évidences/études, le comité ne soutient pas de recommandation	Bénéfice pour le stress lié au travail, symptômes de santé mentale, qualité de vie	1 étude - Qualité modérée	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
		Pas de différence pour le bien-être, la satisfaction au travail et l'absentéisme	1 étude - Qualité faible									
Activité physique	En raison du manque d'évidences/études, le comité ne soutient pas de recommandation	Pas de différence du stress lié au travail	1 étude - Faible	Le GDG a conclu qu'une recommandation conditionnelle était justifiée	Réduction des symptômes de dépression	N/A	Élément constitutif	Burnout	N/A	N/A		
		Pas de différence des symptômes liés à la santé mentale	2 études - Très faible									

¹³ Nous demeurons prudents vis-à-vis de la notion de *coaching*, en raison de l'absence de législation claire à ce sujet en Belgique. Cela en fait une catégorie parfois très hétérogène, où coexistent des approches très variées en termes de qualifications, de cadre légal et d'éthique professionnelle. Cette diversité, bien qu'enrichissante dans certains cas, peut également susciter des interrogations quant à la qualité et à la rigueur des pratiques.

		Pas de différence liée à l'absentéisme	1 étude - Faible						N/A	N/A		
Massage	En raison du manque d'évidences/études, le comité ne soutient pas de recommandation	Bénéfice pour les symptômes liés à la santé mentale	1 étude - Qualité modérée	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A		

Deuxième catégorie B

Thérapie psychodynamique	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	<i>Caselli et al., (2023) ; NICE (2022a)</i> Reconnu par la NICE comme un traitement efficace	Troubles dépressifs	
Thérapie de support non-directif (approche humaniste)	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	<i>Cuijpers et al., (2012)</i> 31 études - Traitement efficace, mais précaution, car peu d'évaluation à long-terme et en comparaison à un groupe contrôle.	Dépression	
Thérapie systémique	N/A	N/A		N/A	N/A		Il n'existe actuellement pas suffisamment de preuve d'efficacité dans la littérature de son efficacité	Soutien social, burnout	N/A	N/A	<i>Pinquart et al., (2016)</i> Les patients souffrant de troubles alimentaires, de troubles de l'humeur, de troubles obsessionnels compulsifs et de schizophrénie ont montré des améliorations à court terme de leurs	Troubles anxieux, troubles alimentaires, schizophrénie, addictions, troubles de l'humeur

									symptômes plus importants après avoir reçu une thérapie systémique, seule l'efficacité sur les troubles alimentaires, les troubles de l'humeur et la schizophrénie a persisté lors du suivi.	
Réalité virtuelle	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Riches et al., (2024)</i> Réduction du stress et augmentation du bien-être à court terme Pas de conclusion sur les effets à long terme - Prudence à prendre	Bien-être, stress, stress lié au travail
Activation comportementale	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Effets significatifs sur la dépression	Dépression uniquement
Conseil en orientation	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Milot-Lapointe et al., (2021)</i> Corrélation entre la qualité du conseil en orientation et les outcomes précités	Indécision de carrière, se sentir prêt, satisfaction de vie, détresse psychologique

Troisième catégorie

Hypnose	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Valentine et al., (2019)</i> 15 études - Effet comparable à la TCC et la pleine conscience, manque d'évaluation des biais par manque d'information (seule 1 étude présentait peu de risque de biais)	Anxiété liée au dentiste, anxiété de performance, anxiété médicale, anxiété généralisée
EMDR	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Cuijpers et al., (2020)</i> 77 études - Effet sur le stress post-traumatique, MAIS de nombreux biais limitant la conclusion Pas d'effets sur les troubles anxieux Pas assez d'études pour le reste	Dépression, stress post-traumatique, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles bipolaires, schizophrénie

Cohérence cardiaque	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Laborde et al., (2022)</i> 223 études montrant un effet bénéfique de la respiration sur l'activation du système parasympathique Majorité de biais importants limitant les conclusions	
Programmation neuro-linguistique	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Kotera et al., (2019)</i> 7 études sur le lien entre la PNL et le lien avec le milieu organisationnel Semble efficace, MAIS nombreux biais méthodologiques	Stress lié au travail, communication, fixer des objectifs, estime de soi
Hippothérapie	N/A	N/A		N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	<i>Palomar-Ciria et al., (2023)</i> Méta-analyse de 5 études démontrant des bénéfices mais nombreux biais ont été identifiés.	Syndrome de stress post-traumatique

Quatrième catégorie

Acupuncture	En raison du manque d'évidences/études, le comité ne soutient pas de recommandation pour l'auriculothérapie	Bénéfice pour le stress lié au travail	Qualité	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Smith et al., (2018) Efficacité incertaine en raison de la très faible qualité des évidences	Dépression
			faible								
Reiki	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Joyce et al., (2015) 3 études Aucune évidence suffisante n'a été rapportée pour pouvoir prétendre à un effet	Anxiété et dépression Pas lié au travail
Sophrologie	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Balbolia et al., (2020) 3 études – Rapport de l'INSERM	Fibromyalgie, asthme, stress
Kinésiologie Énergétique	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gueguen et al., (2017) 2 études – Rapport de l'INSERM	Douleurs lombaires, dyslexie
Géobiologie	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Pas de références scientifiques	Pas de références scientifiques

7 Analyse des besoins rencontrés et non rencontrés

Pour rappel, l'un des objectifs de ce projet visait à identifier les besoins rencontrés et non-rencontrés en matière d'initiative en santé mentale et travail en Belgique. Dans cette section, nous faisons l'état des lieux afin de comprendre les avancées réalisées, tout en ciblant les aspects nécessitant encore une attention particulière.

7.1 Besoins rencontrés

Présence d'une série d'initiatives à différents niveaux de prévention : la mise en œuvre d'une série d'initiatives à différents niveaux de prévention permet d'aborder les problèmes de santé mentale à des moments spécifiques dans le parcours d'un travailleur en difficulté. Ceci est un indicateur que les travailleurs à risque de souffrance mentale liée au travail, à condition d'être bien conseillés, peuvent solliciter un suivi au plus tôt dans leur parcours et réguler la problématique avant l'apparition d'un dommage.

Approche pluridisciplinaire : nous remarquons une importante pluridisciplinarité dans la prise en charge des problèmes de santé mentale au regard du travail, impliquant des collaborations avec différents professionnels, tels que des psychologues, coachs, psychiatres, médecins ou encore thérapeutes, pour n'en citer que quelques-uns. Ceci offre une proposition variée en fonction des besoins de chaque individu. Par ailleurs, ce constat rejoint les recommandations du projet pilote burnout réalisé par FEDRIS (Agence fédérale des risques professionnels, 2023; Hansez & Braeckman, 2023) dans lequel les auteurs soulignent la nécessité de promouvoir une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge du burnout professionnel. Nous soulignons toutefois que la multidisciplinarité n'est pas toujours un garant de l'efficacité d'une intervention, car elle dépend grandement de la façon dont les interventions sont implémentées et des qualifications et compétences des intervenants. Par ailleurs, il n'était pas possible d'évaluer dans quelle mesure les professionnels interagissaient ensemble, référant à l'interdisciplinarité. En effet, il est possible d'offrir des soins provenant de différents professionnels de la santé, sans pour autant que ceux-ci travaillent dans un objectif commun.

Majorité de psychologues comme intervenants : la présence majoritaire de psychologues en tant qu'intervenants dans les initiatives en santé mentale et travail permet d'apporter plusieurs avantages. En effet, par leur formation, les *psychologues cliniciens*¹⁴ peuvent diagnostiquer et traiter une série de difficultés et de troubles mentaux, ainsi que fournir un soutien psychologique et des interventions basées sur les données probantes (Conseil Supérieur de la Santé, 2017).

Présence de collectifs autour de la santé mentale au travail : comme mentionné au point précédent, nous avons pu identifier une série de collectifs visant à proposer un

¹⁴ Pour être conforme à la législation belge en la matière qui a évolué depuis 2017 : l'exercice des soins de santé mentale et l'exercice de la psychologie clinique sont désormais réglementés. Voir http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi

annuaire de professionnels afin d'aider les bénéficiaires à s'orienter vers un professionnel de la santé mentale. Ce besoin rencontre les recommandations du projet FEDRIS (2023) soulignant l'importance de la proximité géographique des professionnels dans la motivation à entreprendre un travail personnel quand le bénéficiaire est confronté à des difficultés liées à son travail. Ce projet souligne également l'importance de visibiliser d'augmenter l'accessibilité de l'offre.

Présence d'espace-réseau de prévention des affections liées au travail. Au sein des initiatives encouragées par le gouvernement, nous avons identifié l'initiative suivante <https://socialsecurity.belgium.be/fr/projets-pilote-prevention-integree-contre-le-burn-out/espace-reseau-de-prevention-des-affections>, qui vise à conceptualiser une **approche clinique** spécifique de prise en charge des affections mentales liées au travail en créant un référentiel de compétences et des dispositifs pédagogiques pour la formation et la professionnalisation des acteurs de terrain. Ces dispositifs privilégient une pédagogie active mettant en présence professionnels de la santé et acteurs de l'entreprise. Ce type d'initiative est à encourager à l'échelle nationale.

Nous observons **une augmentation notable du nombre de cliniques du travail**, en particulier dans la région du Brabant Wallon. Ce phénomène témoigne d'une prise de conscience croissante de l'importance de la santé mentale et des conditions de travail dans le bien-être global des individus. Le développement de ces structures spécialisées constitue une avancée majeure pour aborder de manière proactive et adaptée les problématiques liées au travail. Le projet burnout de FEDRIS (FEDRIS, 2023; Hansez & Braeckman, 2023) a démontré notamment la pertinence d'une *approche clinique du travail*, en mettant en évidence l'impact positif d'un accompagnement intégrant la prévention et la gestion des risques psychosociaux. En adoptant cette approche, les cliniques du travail permettent de mieux comprendre les interactions complexes entre les individus et leurs environnements professionnels, tout en offrant des solutions concrètes et personnalisées. Le projet burnout de FEDRIS souligne aussi l'importance et l'efficacité 1) d'une intervention spécifique au burnout, 2) de séances individuelles se basant sur une approche cognitivo-émotionnelle ou psychocorporelle, 3) de séances de psychoéducation et 4) des séances de réorientations. Favoriser une approche intégrative représente donc une opportunité précieuse pour soutenir les travailleurs, améliorer les conditions de travail et promouvoir une santé mentale durable dans le monde professionnel.

7.2 Besoins non rencontrés et recommandations

Bien qu'il existe une série de besoins rencontrés, beaucoup demeurent encore insatisfaits, comme démontré par l'augmentation continue et croissante des arrêts maladie pour des raisons professionnelles (INAMI, 2021). Ceci souligne l'urgence de développer à la fois des changements politiques et de nouvelles recherches afin de mieux répondre à ces défis. Voici notre présentation des aspects liés à ces enjeux au niveau du terrain et de la recherche scientifique.

7.2.1 Au niveau du terrain

Manque d'information concrète sur l'implémentation des interventions : un défi majeur auquel nous sommes confrontés actuellement est le manque d'information détaillée sur la manière dont les interventions sont mises en œuvre dans la pratique. Alors que les directives et les recommandations peuvent fournir un cadre général pour les interventions en santé mentale, il est souvent difficile, de prime abord, de pouvoir évaluer comment ces recommandations sont traduites dans des initiatives réelles et mises en œuvre sur le terrain. Ce manque de visibilité sur la mise en œuvre peut engendrer plusieurs enjeux critiques. Premièrement, il est difficile de pouvoir évaluer la qualité de ces interventions. Même si les interventions semblent basées sur des données probantes, le manque d'information ne nous permet pas de savoir si ces interventions respectent les cadres légaux, éthiques et scientifiques en la matière. Par ailleurs, cela engendre des difficultés à comprendre concrètement ce qui peut être proposé aux travailleurs en détresse. Il pourrait être utile dans un futur projet de recherche de pouvoir mener des entretiens qualitatifs ou de l'observation participante directement au cœur des structures proposant des interventions, mais également de réaliser des entretiens avec des travailleurs en difficulté afin de mieux saisir les enjeux auxquels ils sont confrontés quand ils doivent trouver un professionnel de la santé mentale.

→ **Recommandation :** Il nous semble essentiel de pouvoir disposer d'une information de qualité, tant pour l'évaluation des initiatives, que pour les informations que les usagers ont à leur disposition. Pour ce faire, des études futures devront s'atteler à développer des méthodologies d'évaluation qui permettent de capturer non seulement la mise en place des interventions, mais aussi leurs processus de mise en œuvre. Cela inclut des enquêtes approfondies sur les conditions locales, les ressources disponibles, les défis rencontrés, ainsi que les adaptations spécifiques apportées aux interventions pour qu'elles soient efficaces dans des contextes variés. Il est également crucial que ces études intègrent des perspectives diversifiées, incluant non seulement les professionnels de la santé mentale, mais aussi les usagers eux-mêmes, afin de garantir que les interventions correspondent réellement à leurs besoins et attentes. Pour ce faire, des **études qualitatives** ou par **observation participante** pourraient répondre à ce type de besoin non rencontré.

Manque d'information sur la formation des intervenants : un autre aspect critique concerne le manque d'information sur les prestataires et intervenants impliqués dans les initiatives. Alors que les directives peuvent spécifier les qualifications générales pour la prise en charge d'affections mentales, telles que le burnout, la dépression ou les troubles anxieux, il est souvent difficile de savoir exactement le niveau de formation et d'expérience des intervenants, en particulier pour les personnes présentant une formation dont les diplômes ne sont pas reconnus (ex : coaching, kinésiologie énergétique, ...).

→ **Recommandation :** Le groupe de recherche souligne l'importance de pouvoir confier le diagnostic et la prise en charge des affections mentales liées aux

professionnels de la santé (mentale), disposant d'une formation spécifique à ce sujet. Pour ce faire, il pourrait être possible de développer un répertoire et un réseau des professionnels disposant de connaissances, compétences et expérience en psychopathologie clinique et psychologie du travail et des organisations. Ceci s'inscrit dans la lignée des projets comme le projet burnout FEDRIS (2023) et l'espace-réseau ISOSL de prévention des affections mentales liées au travail.

Manque de recouvrement géographique des initiatives. Nous remarquons que certaines régions (ex : Luxembourg) disposent d'un nombre restreint d'initiatives. Nous remarquons également que la communauté germanophone est moins prise en considération dans les questions de santé mentale. Or, selon les résultats du projet pilote burnout (FEDRIS, 2023; Hansez & Braeckman, 2023), la proximité des intervenants du lieu de résidence ou du travail est un facteur important dans la prise en charge. Il nous semble donc essentiel de pouvoir développer les initiatives en santé mentale et travail sur l'ensemble du territoire belge et particulièrement dans les régions sous-représentées.

→ **Recommandation :** Visibiliser les initiatives et favoriser le développement de nouvelles initiatives dans les régions géographiques qui en manquent.

La façon dont les initiatives collaborent n'est pas toujours claire. Bien que les initiatives fédérales et les initiatives subsidiées mentionnent et renvoient vers une série d'autres initiatives, comme l'initiative <https://www.jemesensbienautravail.be/fr>, la grande majorité des initiatives identifiées semblent fonctionner indépendamment des autres prestataires. Le présent projet prend donc tout son sens et souligne l'importance d'intensifier la communication et l'information autour des initiatives identifiées.

→ **Recommandation :** Visibiliser les initiatives et favoriser le développement de synergie entre les acteurs de la santé mentale.

Les travailleurs indépendants sont souvent sous-représentés dans les initiatives et programmes de soutien. Pourtant, l'INAMI (2024) souligne que l'augmentation concernant les incapacités de travail de longue durée la plus forte est celle des invalidités pour dépression dans la tranche d'âges 25-39 ans des travailleurs indépendants (+20 % en 2021, +151 % sur 5 ans). Contrairement aux salariés, ils ne bénéficient pas toujours de filets de sécurité solides en cas de maladie ou d'incapacité à travailler, ce qui les expose à une plus grande précarité. Cela souligne la nécessité urgente d'adapter les dispositifs existants pour mieux inclure cette population croissante et diversifiée.

→ **Recommandation :** Développer et visibiliser des initiatives spécifiques pour les travailleurs indépendants. Nous recommandons également d'améliorer les aides au niveau des politiques de santé, mais également de développer des recherches afin de mieux saisir leurs difficultés en Belgique et l'impact de leur statut sur leur santé mentale.

Le projet a principalement identifié des interventions axées sur le niveau individuel. Bien que ces approches soient essentielles pour répondre à des besoins immédiats et spécifiques, elles ne suffisent pas à elles seules pour adresser les déterminants complexes et multidimensionnels de la santé mentale.

→ **Recommandation** : Il est primordial de proposer des approches combinées, et ce, au-delà du niveau individuel, qui intègrent à la fois des dimensions individuelles et organisationnelles (NICE, 2022; FEDRIS, 2023). Cela inclut des politiques publiques favorisant des environnements sociaux et économiques propices au bien-être, des initiatives communautaires pour réduire la stigmatisation, et des stratégies organisationnelles visant à promouvoir des pratiques de travail favorable et durable à la santé mentale. En adoptant une telle perspective intégrative et écosystémique, il devient possible d'intervenir de manière durable sur la santé mentale, en s'attaquant non seulement aux symptômes mais également aux causes profondes et systémiques des troubles psychiques en relation avec le travail.

7.2.2 Au niveau de la recherche

Il est particulièrement préoccupant de constater un déficit de recherche concernant plusieurs types d'interventions en santé mentale, tant dans le cadre professionnel que dans des approches plus larges touchant la santé mentale en général.

Il existe premièrement un manque de recherche concernant l'efficacité d'une série d'interventions sur la santé mentale au travail. Bien que certaines interventions aient démontré des résultats prometteurs dans des cadres plus généraux de la santé mentale, leur application et leur évaluation scientifique dans des environnements professionnels restent encore insuffisamment explorées. Par exemple, des approches comme la thérapie systémique ou la thérapie centrée sur la personne, largement validées pour traiter les troubles de santé mentale dans des contextes cliniques, manquent encore de données solides quant à leur impact dans le milieu professionnel. Ce déficit limite la capacité des entreprises à déployer des stratégies fondées sur des preuves pour répondre aux besoins psychologiques de leurs employés, soulignant ainsi l'importance d'investir dans des recherches spécifiques à ce domaine.

→ **Recommandation** : Promouvoir la réalisation d'études scientifiques rigoureuses et contrôlées (ex : essais cliniques randomisés) sur l'efficacité des interventions manquant encore de suffisamment de preuves scientifiques, telles que les thérapies systémiques et psychodynamiques dans le cadre de la santé mentale au travail.

Il existe également un manque de recherches approfondies sur les processus de retour au travail, particulièrement du point de vue du bien-être psychologique et de la soutenabilité des carrières. Alors que de nombreuses études se concentrent sur les aspects logistiques ou économiques du retour à l'emploi après une absence prolongée, très peu d'entre elles explorent en profondeur l'impact psychologique sur les employés, autrement dit, la qualité du retour au travail d'un point de vue de sa soutenabilité. Par exemple, le stress, l'anxiété ou encore la perte de confiance en soi qui peuvent accompagner la réintégration au travail sont souvent sous-estimés (Lau

et al., 2019). Ce manque de recherches empêche une compréhension claire des besoins psychologiques des travailleurs dans ces situations et limite la mise en place de stratégies efficaces pour faciliter leur bien-être durable dans l'environnement professionnel.

→ **Recommandation** : Développer un projet de recherche visant à identifier l'ensemble des initiatives spécifiques pour le retour au travail.

En lien relation avec le manque d'initiatives à destination des **travailleurs indépendants**, nous remarquons également un manque de recherches scientifiques sur les indépendants belges.

→ **Recommandation** : Élaborer des projets de recherche visant à approfondir la compréhension du vécu des personnes ayant le statut d'indépendant. Ces recherches permettront d'identifier et d'analyser les freins perçus, les difficultés rencontrées, mais également de mieux cerner les spécificités des différents profils qui se cachent derrière ce statut. L'objectif est de fournir une vision plus nuancée et complète des enjeux liés à cette forme d'activité professionnelle, tout en tenant compte des divers contextes et parcours individuels.

7.3 Recommandations supplémentaires

→ **Développer des réseaux en santé mentale spécifiques à la santé mentale au travail et selon une législation spécifique.** Bien qu'une série de réseaux en santé mentale possédant une démarche et une législation propre existe, ceci n'est pas le cas pour les réseaux en santé mentale en lien avec le travail. En effet, ces réseaux sont généralement des initiatives sous forme d'ASBL offrant un répertoire de professionnels (ex : médecins, psychologues, coachs, thérapeutes), mais ne disposent pas d'une démarche systématique structurée et précise, excepté les cliniques du travail identifiées. Par ailleurs, il pourrait également être intéressant de mieux définir l'importance de la santé mentale au travail au sein des réseaux en santé mentale (Psy107) existants.

→ **Ne pas définir la santé mentale liée au travail uniquement sous le concept de *burnout*.** L'actualité et le grand public tendent à associer la santé mentale au travail, principalement à la lumière du concept de burnout professionnel. Cette tendance risque d'engager le développement de prise charge uniquement dédiée à cette problématique au détriment d'un ensemble d'autres difficultés de santé mentale liées au travail, tel que les affects dépressifs liés à des agressions au travail, des difficultés d'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle ou encore des situations de harcèlement au travail. Un travail d'information et de prévention est nécessaire pour bien informer de la complexité de la santé mentale liée au travail.

→ **Ne pas développer une prise en charge axée uniquement sur l'individu.** Bien que notre travail visait à identifier les interventions individuelles et initiatives à destination des travailleurs en détresse, nous soutenons également l'importance du lien entre les préventions secondaire et tertiaire (repérage des personnes en difficulté et soins) et la prévention primaire (prévention des RPS). Comme le soulignent les

documents du NICE et de l'OMS, la complexité des interventions en matière de bien-être mental exige une approche plus holistique, intégrant à la fois des facteurs organisationnels et individuels. En effet, bien que ces interventions individuelles puissent offrir des avantages immédiats, elles sont peu susceptibles de produire des améliorations durables pour les employés sans changements fondamentaux dans les conditions de travail et d'autres aspects liés aux postes, comme la conception inadéquate des rôles ou l'insécurité de l'emploi. Selon les experts, des politiques de travail flexible et des salaires décents sont des éléments essentiels pour favoriser un bien-être mental durable, tant sur le plan général qu'au sein de l'environnement professionnel. Ils ont également souligné l'utilité des plans d'action pour le bien-être, qui ouvrent un dialogue entre les gestionnaires et les employés et permettent d'identifier les sources de soutien. De cette manière, les employeurs peuvent reconnaître les situations de vulnérabilité et offrir un soutien organisationnel adapté aux employés dont le bien-être mental est fragile ou à risque de dégradation.

8 Les forces et les limites et de cette recherche

8.1 Les forces

La cartographie des initiatives en santé mentale liées au travail en Belgique, assortie d'une évaluation des interventions proposées sur base de leur fondement sur des données probantes, constitue une contribution majeure à la compréhension et à l'amélioration de ce domaine crucial. Plusieurs avancées majeures et forces sont à souligner du présent projet.

Premièrement, ce travail de recherche constitue une première en Belgique en offrant une vue d'ensemble du nombre et de la nature des initiatives en santé mentale liées au travail. Il couvre de manière détaillée les initiatives à plusieurs niveaux géographiques, qu'ils soient régionaux, provinciaux ou communautaires. Cette perspective multiniveau permet de capturer les spécificités locales et les différences dans l'approche de la santé mentale au sein du territoire belge, contribuant ainsi à une compréhension globale et contextualisée.

Deuxièmement, ce projet offre une analyse détaillée des types d'intervenants impliqués dans ces initiatives, ainsi que de la nature de leur formation ou de leur diplôme. En identifiant les compétences de ces professionnels, ce travail met en lumière la diversité des expertises mobilisées et permet de mieux comprendre comment les qualifications influencent la conception et la mise en œuvre des interventions en santé mentale. Cette information est cruciale pour évaluer la qualité et la pertinence des initiatives proposées.

Troisièmement, ce travail de recherche innove en proposant une évaluation scientifique rigoureuse des interventions identifiées. Pour atteindre cet objectif, une **méthode sur mesure** a été développée, en s'appuyant sur les dernières recommandations scientifiques relatives au lien entre la santé mentale, le bien-être et le travail. Cette approche méthodologique unique permet non seulement de mesurer la pertinence des initiatives, mais aussi d'encourager l'utilisation de pratiques fondées

sur des données probantes. Ce travail est ainsi particulièrement utile pour les décideurs politiques et les praticiens, en les guidant vers des interventions à l'efficacité démontrée tout en sensibilisant à l'importance d'une évaluation rigoureuse.

Quatrièmement, adapté aux spécificités culturelles et administratives de la Belgique, ce projet favorise une approche interdisciplinaire. Ainsi, ce travail constitue un outil précieux pour guider la répartition des ressources, en orientant les financements vers des initiatives prometteuses et fondées scientifiquement. Enfin, il jette les bases pour des recherches futures, permettant à d'autres chercheurs de s'appuyer sur ces résultats pour approfondir l'évaluation des impacts ou développer de nouvelles interventions adaptées aux besoins belges.

En somme, ce projet se distingue par sa rigueur et sa pertinence, tout en ouvrant des perspectives concrètes pour améliorer la santé mentale des travailleurs en Belgique.

8.2 Les limites

Malgré les forces indéniables de ce projet, une série de limites doivent être prises en compte, car elles pourraient affecter la portée et la qualité des résultats obtenus.

Premièrement, les recherches ont principalement été réalisées via le moteur de recherche Google. Celui-ci fonctionnant selon un algorithme spécifique et dépendant de la qualité de référencement des sites web des initiatives — il est possible que certaines initiatives n'aient pas pu être directement identifiées. Dans le même ordre d'idées, la qualité de notre inventaire dépendait également de la nature des mots-clés identifiés sur les sites web. Ainsi, il est possible que certaines initiatives existent, mais ne référant pas directement aux mots-clés utilisés, ne soient pas identifiées dans notre base de données.

Deuxièmement, comme mentionné dans les recommandations, la qualité des informations présentées sur les sites web limite notre capacité à analyser finement l'ensemble des informations. Au vu du nombre d'initiatives identifiées, des enquêtes quantitatives, des entretiens qualitatifs et de l'observation participante auprès des différents acteurs concernés pourraient être un prochain projet de recherche pour affiner la qualité des informations.

Troisièmement, certaines initiatives ne possédant pas de site web peuvent potentiellement exister. Toutefois, au vu de notre méthode, ces initiatives n'ont probablement pas été identifiées dans la base de données.

Finalement, notre travail visait à identifier les initiatives en santé mentale avec comme public cible les acteurs du travail, en identifiant l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de ces initiatives. Afin d'être complets dans cet inventaire, nous avons répertorié tous les titres ou professions qui étaient disponibles. Ainsi, nous n'avons pas limité notre recherche uniquement aux professionnels de la santé (ex : médecin, psychologue), mais avons également inclus des professions moins réglementées au niveau légal dans la prise en charge (ex : coach, kinésologue, sophrologue). Il est important de rappeler que certains actes, comme le diagnostic et la prise en charge

de personnes dans une souffrance, doivent être confiés à des professionnels de la santé formés pour ce genre de compétences (voir <https://beswic.be/fr/bonnes-pratiques/espace-reseau-de-prevention-des-affections-mentales-liees-au-travail-isosl-2019>).

9 Conclusion générale

La santé mentale des travailleurs en Belgique est un enjeu majeur, nécessitant des initiatives ciblées et adaptées pour répondre aux besoins diversifiés de la population. Ce travail de recherche réalisé par le LENTIC en collaboration avec le Réseau Santé Mentale et Travail, les Profs. Isabelle Hansez, Nancy Durieux et la chercheuse Céline Leclercq a permis d'identifier et de cartographier les initiatives en place, et à évaluer le caractère scientifique des interventions identifiées au sein de ces initiatives.

Nous avons recensé au total 247 initiatives sur le territoire belge. Parmi celles-ci, 30 interventions ont été identifiées et classées en quatre catégories selon la littérature scientifique : 1) les initiatives recommandées, 2) les initiatives démontrant leur efficacité, mais nécessitant davantage de preuves scientifiques, 3) les initiatives présentant une efficacité tout en ayant des biais importants, et 4) les initiatives manquant substantiellement de validité scientifique pour pouvoir être recommandées.

Les analyses réalisées ont permis de dégager une série de besoins, tant rencontrés que non-rencontrés, ainsi que diverses recommandations. Concernant les besoins rencontrés, nous avons noté la diversité des interventions proposées, leur caractère pluridisciplinaire et l'importance d'une prise en charge à différents niveaux de prévention. Cependant, nous avons également constaté un manque d'information sur la nature des interventions, une synergie insuffisante entre les initiatives et un manque d'information sur la qualification des professionnels impliqués dans ces initiatives. De plus, certaines interventions manquant de données probantes sur la qualité de leurs effets étaient mises en avant au sein de certaines initiatives. Ceci soulève des questions quant à la rigueur scientifique des approches adoptées et souligne l'importance d'une évaluation systématique des programmes afin de garantir que les ressources sont allouées à des pratiques fondées sur des données probantes. De futures recherches plus approfondies permettraient de mieux comprendre la qualité d'implantation de ces interventions. En accord avec les résultats du projet pilote burnout conduit par FEDRIS (2023 ; Hansez & Braeckman, 2023), nous soulignons également l'importance de pouvoir développer des interventions adaptées à la question, telle que les approches proposées par la clinique du travail.

En conclusion, au-delà de la recension des initiatives et de l'évaluation scientifique des interventions proposées, nous espérons que ce projet pourra contribuer à une meilleure reconnaissance de la santé mentale en lien avec le travail et pourra contribuer à de nouvelles recherches en la matière. Plus spécifiquement, nous soulignons la nécessité de faire évoluer les politiques en termes de prévention des risques psychosociaux, mais surtout, de pouvoir développer des approches holistiques permettant d'intervenir selon des **approches multiniveaux et des interventions combinées** (ex : individuelles et organisationnelles), de **carrières soutenables** (retour au travail à long terme) et **écosystémiques** (mieux comprendre les interactions entre les acteurs de la santé mentale et travail).

Références

- Agence fédérale des risques professionnels. (2023). *Implémentation d'un projet pilote de prévention secondaire des troubles psychosociaux en relation avec le travail, rapport d'évaluation final*. Dépôt légal : D/2023/14.014/20.
- Agoritsas, T., Vandvik, P. O., Neumann, I., Rochwerg, B., Jaeschke, R., Hayward, R., Guyatt, G., & McKibbin, K. A. (2015). Finding current best evidence. In G. Guyatt, D. Rennie, M. O. Meade, & D. J. Cook (Eds.), *Users' guide to the medical literature: Essentials of evidence-based clinical practice* (pp. 43–84). McGraw-Hill Education.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job Demands–Resources Theory: Ten Years Later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
- Balbolia, S. B. K., Ali, A., Hassler, C., Barry, C., & Falissard, B. (2020). *Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de la Sophrologie*. https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/wp-content/uploads/2021/02/Inserm_RapportThematique_Sophrologie_2021-3.pdf
- Bureau International du Travail. (1998). *Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs: Principes directeurs*.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839–E842.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., Willaert, D., Vrancken, J., Meeus, A., Leclercq, A., Karakaya, G., Brunois, T., & Di Zinno, T. (2024). Étude sur les profils des incapacités de travail de longue durée dues à des troubles psychosociaux. Agence InterMutualiste (AIM) et Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). <https://www.ima-aim.be>
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 325(July 2022), 169–176.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.161>
- Conseil supérieur de la Santé. (2017). *Burnout et Travail. Avis n° 9339*.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280–291. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Harrer, M., & Stikkelbroek, Y. (2023). Individual behavioral activation in the treatment of depression: A meta analysis. *Psychotherapy Research*, 33(7), 886–897. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2197630>
- Cuijpers, P., Veen, S. C. van, Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Desomer, A., Dilles, T., Steckel, S., Duschsnes, C., Vanmeerbeek, M., Peremans, L., Van Rompaey, B., Remmen, R., & Paulus, D. (2013). *Dissémination et mise en œuvre des guides de pratique clinique en Belgique – Synthèse*. KCE Reports 212Bs. D/2013/10.273/87
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Durieux, N. (2018). *Introduction à l'evidence-based practice dans la formation initiale en logopédie et en médecine : évaluation de dispositifs mis en place à l'Université de Liège*. Université de Liège.
- Ebert, D. D., Lehr, D., Boß, L., Riper, H., Cuijpers, P., Andersson, G., ... & Berking, M. (2014). Efficacy of an internet-based problem-solving training for teachers: results of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 582-596. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3449>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gamst, G., Dana, R. H., Der-Karabetian, A., & Kramer, T. (2000). Ethnic match and client ethnicity effects on global assessment and visitation. *Journal of Community Psychology*, 28(5), 547–564. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(200009\)28:5<547::AID-JCOP8>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1520-6629(200009)28:5<547::AID-JCOP8>3.0.CO;2-T)
- Goodheart, C. D., Levant, R. F., Barlow, D. H., Carter, J., Davidson, K. W., Hagglund, K. J., Hollon, S. D., Johnson, J. D., Leviton, L. C., Mahrer, A. R., Newman, F. L., Norcross, J. C., Silverman, D. K., Smedley, B. D., Wampold, B. E., Westen, D. I., Yates, B. T., Zane, N. W., Reed, G. M., ... Bullock, M. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Greenberg, L. S., & Newman, F. L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 435.
- Greenhaus, J. H., Callanan, G., & Drenzo, M. S. (2008). A boundaryless perspective on careers. In J. Barling & C. L. Cooper (Eds.), *The Sage handbook of organizational research behavior. Miro approaches*. Sage.
- Gross, D. P., Park, J., Rayani, F., Norris, C. M., & Esmail, S. (2017). Motivational Interviewing Improves Sustainable Return to Work in Injured Workers After Rehabilitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(12), 2355–2363. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.003>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.

- Groth-marnat, G., Roberts, R., & Beutler, L. E. (2001). *Client Characteristics and Psychotherapy: Per spec tive*. 36(2), 115–121.
- Gueguen, J., Van Bui, T., Gouaux, L., Barry, C., & Falissard, B. (2017). *Evaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel , efficacité et sécurité des Evaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du t.*
https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-12/Inserm_RapportThematique_EvaluationKinesiologyes_2017_0.pdf
- Hansez, I., & Braeckman, L. (2023). *Evaluation d'un programme de prise en charge de travailleurs en burn-out précoce (prévention secondaire). Rapport scientifique du projet pilote implémenté par l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris).*
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- INAMI. (2021). *Incapacité de Travail de Longue Durée: Combien de Burnouts et de Dépressions de Longue Durée? Quel Coût Pour L'assurance Indemnités?*
https://www.riziv.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/Pages/incapacite-travail-%0Alongue-duree-combien-burn-out-%0Adepressions.aspx#Une_augmentation_de_39,23_%25_de_burnouts_et_de_d%25C3%25%0AA9pressionde_longue_dur%25C3%25A9e_en_4_ans
- Jonckheer, P., Stordeur, P., Lebeer, G., Roland, M., De Schamphelre, J., De Troyer, M., Kacenelenbogen, N., Offermans, A. M., Pierart, J., & Kohn, L. (2011). *Le burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge.*
- Joyce, J., & Herbison, G. P. (2015). Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006833.pub2>
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Björnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Sterberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - A prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 1–10.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-301>
- Kotera, Y., Sheffield, D., & Van Gordon, W. (2019). The applications of neuro-linguistic programming in organizational settings: A systematic review of psychological outcomes. *Human Resource Development Quarterly*, 30(1), 101–116.
<https://doi.org/10.1002/hrdq.21334>
- Laborde, S., Allen, M. S., Borges, U., Dosseville, F., Hosang, T. J., Iskra, M., Mosley, E., Salvotti, C., Spolverato, L., Zammit, N., & Javelle, F. (2022). Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138(April), 104711.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104711>
- Lau, B., Shiryayeva, O., Ruud, T., & Victor, M. (2019). What are they returning to? Psychosocial work environment as a predictor of returning to work among employees in

- treatment for common mental disorders: A prospective observational pre–post study. *PloS one*, 14(4), e0215354. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215354>
- Loriol, M. (2010). Organisation du travail, perception et gestion des risques psychosociaux. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71(3), 283–286. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2010.03.056>
- Michailidis, E., & Cropley, M. (2019) Testing the benefits of expressive writing for workplace embitterment: A randomized control trial. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 28(3): 315-328 <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1580694>
- Milot-Lapointe, F., Le Corff, Y., & Arifouline, N. (2021). A Meta-Analytic Investigation of the Association Between Working Alliance and Outcomes of Individual Career Counseling. *Journal of Career Assessment*, 29(3), 486–501. <https://doi.org/10.1177/1069072720985037>
- Murphy, S. A. (2000). *Mental health and the workplace: a multidisciplinary examination of the individual and organizational antecedents and outcomes of stress, anxiety and depressed mood*. Carleton University.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022a). *Depression in adults: treatment and management (NICE Guideline NG222)*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022b). *Mental wellbeing at work (NICE Guideline NG212)*.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Nouvelot-Gueroult, M. O. (2011). Quelques éléments de compréhension pour approfondir la notion d'initiative. *Pour*, 4, 35–42.
- OMS. (2022). *Santé mentale : renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Otto, A. K., Gutsch, C., Bischoff, L. L., & Wollesen, B. (2021). Interventions to promote physical and mental health of nurses in elderly care: A systematic review. *Preventive Medicine*, 148(April), 106591. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106591>
- Palomar-Ciria, N., & Bello, H. J. (2023). Equine-Assisted Therapy in Post-Traumatic-Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Equine Veterinary Science*, 128, 104871. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2023.104871>
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241–257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935830>
- Pollock, M., Fernandes, R. M., Becker, L. A., Pieper, D., & Hartling, L. (2020). Chapter V: Overview of Reviews. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0*.
- Psy107. (2017). *Guides vers des meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. <https://www.psy107.be/index.php/fr/>
- Riches, S., Taylor, L., Jeyarajaguru, P., Veling, W., & Valmaggia, L. (2024). Virtual reality and immersive technologies to promote workplace wellbeing: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 33(2), 253–273. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2182428>

- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30(C), 91–127.
<https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.09.001>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
<https://doi.org/10.1021/jf60138a019>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104.
- Sackett, D. (2009). *Introduction to Evidence-Based Medicine Revolution of Evidence-Based Medicine (EBM)*. 1–34.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
- Seligman, M. (2011). *Flourish*. NY: Free Press.
- Seo, J.-G.; Choi, S.-H.; Lee, D.-Y. (2020) The study of swedish massage on anxiety situation and ppt in stressed office workers. *Medico-Legal Update* 20(1): 2027-2041
- Smith, C. A., Armour, M., Lee, M. S., Wang, L. Q., & Hay, P. J. (2018). Acupuncture for depression. *Cochrane database of systematic reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD004046.pub4.
- Sonenshein, S., Dutton, J. E., Grant, A. M., Spreitzer, G. M., & Sutcliffe, K. M. (2013). Growing at Work: Employees' Interpretations of Progressive Self-Change in Organizations. *Organization Science*, 24(2), 552–570. <https://doi.org/10.1287/orsc.1120.0749>
- Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2022). Plan d'action national pour améliorer le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail 2022 - 2027. <https://emploi.belgique.be/fr/publications/plan-daction-national-pour-ameliorer-le-bien-etre-des-travailleurs-lors-de-lexecution>
- Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2024). *Risques psychosociaux au travail*. <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail>
- Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L. tze, Takeuchi, D. T., & Zane, N. W. S. (1991). Community Mental Health Services for Ethnic Minority Groups: A Test of the Cultural Responsiveness Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 533–540.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.4.533>
- Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., & Moriarty, C. L. (2019). The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336–363.
<https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>