

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Nicolas BERNARD

Né(e) 18 avril 1992 à Abbeville (80)

TITRE

**Thérapies cognitivo-comportementales de groupe et souffrance au travail –
une revue de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement 11 octobre 2022 devant un jury composé
de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adulte, Faculté de Médecine -
Tours

Membres du Jury :

Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Pharmacologie clinique, Faculté de
Médecine - Tours

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Transfusions, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Pierre-Yves SARRON, Psychiatrie d'adulte, CHU – Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine générale – La Croix-en-Touraine

Co-Directeurs de thèse :

Docteur Pierre-Yves SARRON, Psychiatrie d'adulte, CHU – Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine générale – La Croix-en-Touraine

Thérapies cognitivo-comportementales de groupe et souffrance au travail – une revue de la littérature

Introduction :

La souffrance psychique au travail est un motif de recours de plus en plus fréquent en soins premiers. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont parmi les interventions de référence pour les prises en charges psychosociales. Une prise en charge groupale permettrait de mettre en commun les expériences des patients dans un contexte de pénurie de professionnels formés aux TCC. L'objectif de ce travail était de réaliser une revue systématique des articles traitant de la TCC de groupe dans le cadre de la souffrance psychique au travail.

Méthode :

6 bases de données, Pubmed, PsychInfo, ScienceDirect, CAIRN, Lissa et Google Scholar ont été interrogées, complétées par une recherche manuelle. Après élaboration d'une équation de recherche et de critères d'inclusion et d'exclusion, les articles pertinents ont été sélectionnés suivant le titre, le résumé, et la bibliographie des articles

Résultats :

Sur les 11593 titres analysés, 14 articles ont été retenus. Les bases des interventions de groupe sont similaires à une intervention individuelle, avec un recours facilité aux jeux de rôles. Les résultats montrent, entre autres, une amélioration de la qualité de vie, des relations sociales au travail, un retour au travail plus rapide ou un maintien au travail plus durable, et une diminution des syndromes anxiodépressifs.

Discussion :

Le faible nombre d'études et de données, la disparité des protocoles psychothérapeutiques et la disparité des symptômes ciblés ne permet pas de généraliser les résultats observés. Nous émettons toutefois l'hypothèse de l'efficacité des TCC groupe ; et d'une efficacité équivalente des approches groupales comparées aux approches individuelles dans la souffrance au travail.

Des études complémentaires seraient nécessaires afin de consolider ces hypothèses ; mais aussi pour préciser les symptômes sur lesquels ces approches groupales seraient les plus pertinentes et d'uniformiser un ou des protocoles de prise en charge TCC de la souffrance au travail.

L'impact d'un recrutement en cabinet de médecine générale, la diversification des profils de professionnels encadrant, et la réalisation de ces groupes par Webconférences sont des pistes de travaux futurs

Mots clefs :

Thérapie cognitive, TCC, psychothérapie de groupe, épuisement psychologique, burnout, lieu de travail, reprise du travail

Group cognitive-behavioral therapy and suffering at work – a literature review

Introduction :

Psychological suffering at work is an increasingly reason to seek a general practitioner's consultation. Cognitive-behavioral therapies (CBT) are among the reference interventions for psychosocial care. Group intervention would make it possible to share the experiences of patients in a context of shortage of professionals trained in CBT. The objective of this work was to carry out a systematic review of articles dealing with group CBT in the context of psychological suffering at work.

Method :

6 databases, Pubmed, PsychInfo, ScienceDirect, CAIRN, Lissa and Google Scholar were searched, supplemented by a manual search. After developing a research equation with inclusion and exclusion criterias, the relevant articles were selected according to the title, abstract, and bibliography of the articles.

Results :

Of the 11,593 titles analysed, 14 articles were retained. Content of group interventions are similar to an individual intervention, with easy recourse to role-playing. The results show, among other things, an improvement in the quality of life, social relations at work, a quicker return to work or a longer stay at work, and a reduction in anxiety-depressive syndromes.

Discussion :

The small number of studies and data, the disparity of psychotherapeutic protocols and the disparity of targeted symptoms do not allow the observed results to be generalized. However, we hypothesize the effectiveness of group CBTs; a non inferior efficacy of group approaches compared to individual approaches in suffering at work.

Additional studies are necessary to validate these hypotheses; but also to specify the symptoms on which these group approaches would be the most effective and to standardize one or more CBT management protocols for suffering at work.

The impact of recruitment in a general medicine practice, the diversification of the profiles of supervising professionals, and the realization of these groups by webconferences are avenues for future work.

Keywords :

Cognitive Behavioral therapy, CBT, group psychotherapy, burnout, workplace, return to work

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury, et de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse. Soyez assurée de ma respectueuse reconnaissance, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le professeur Emmanuel GYAN,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le professeur Henri MARRET,

Je vous remercie pour votre aide et votre bienveillance, particulièrement lors de la constitution de mon jury de thèse.

Je vous remercie également pour l'aide que vous avez pu m'apporter durant toutes ces années

Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le docteur Pierre-Yve SARRON,

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger cette thèse.

Je vous remercie pour votre accompagnement au cours de ce travail et pour votre confiance

Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le docteur Alice PERRAIN,

Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance en me confiant ce sujet de thèse, et d'avoir accepté de co-diriger cette thèse.

Je te remercie pour ton accompagnement au cours de ce travail.

Je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apporté durant l'internat et après l'internat. De manière plus large, je te remercie pour tous tes engagements pour les internes, pour les jeunes médecins et pour la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Marc CORBIERE,

Je vous remercie pour votre aide précieuse au cours de ce travail, qui m'a permis de recentrer mes recherches.

Je vous remercie pour l'ensemble de vos recherches en santé mentale et travail qui m'ont également beaucoup aidé pour la réalisation de cette revue de la littérature. Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le docteur Cécile Renoux,

Merci d'avoir été ma tutrice, et merci pour votre aide tout au long de l'internat.

Je vous remercie pour votre bienveillance et votre aide durant ces six années.

A Madame le docteur Marina GAIMON,

Merci de m'avoir accompagné et formé lors de mes des stages de niveau 1 et SASPAS ; et merci pour la confiance que tu m'as accordé pour tous ces remplacements durant trois ans.

Merci également à Karine pour son aide pour son aide précieuse.

A l'ensemble des professionnels de l'hôpital de Romorantin,

Aux services de psychiatrie Chercherelle, Hallier, la MAS et l'UHR - les Pics-Verts, merci à toutes les équipes pour leur bon accueil depuis 5 mois,

A Josette, Olivia, Soledad, Quentin, Riantsu, Hakossiwa, Charles (...), aux services de médecine 2 et médecin 3, merci à tous pour votre accueil et votre professionnalisme, en particulier durant les difficiles premières vagues de COVID19,

A Céline, Véronique, Naima, Mirela, (...), au service de pédiatrie, merci pour votre accueil et votre aide durant un semestre d'internat et par la suite,

A Joseph, Bogdan, Didier, (...), au service des urgences,

A Alice, Anaëlle, Tiphaine,

A Florence Daoudi et Marie-Agnès Benoist,

A Monsieur Pierre-Henri GUILLET,

Aux Prs. Olivier JARDE, Cécile MANAOUIL, Drs. Julie BOURGUEIL, Céline TERRACHER, Véronique DARDAINE, Héliette RIPAUT-CESBRON, Chérif LAMRANI, Ludovic LEMASSON, Alain FERRAGU, Xavier LEJEUNE, Mme Frédérique PEAN, au GRACE-IMG,

A Pétra sans qui je n'aurais certainement pas pu continuer ces études,

A mes proches,

A Delphine, la souffrance au travail a pris tout son sens au travers de nos journées et surtout nos nuits de révisions connectées jusqu'à 5h du matin pour valider tous ces examens... Merci pour tout.

Gwendoline, Claire, Marie, Cyril, Sam, Sylvia et Dinh merci pour votre présence et votre soutien depuis plus le début de nos études, pour tous ces bons moments et tous les bons moments à venir.

A Justine, Elsa, Maïté, Adrien, Naeem, Emmeline, merci pour votre soutien, votre présence et votre aide notamment pour nos déménagements ; pour tous ces bons moments, et tous les bons moments à venir.

A mes parents, merci pour votre confiance et votre affection depuis plus de trente ans.

A Corentin, merci pour tous ces bons moments passés, et bonne chance dans tes projets à venir.

A ma grand-mère, Zabeth, Katy, Laurent, Marc-Antoine, Perrine, Romain, merci pour vos visites et votre accueil toujours chaleureux.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien et votre aide.

A Ophélie,

Ma femme, merci pour ta présence et ton soutien dans tous les bons et les mauvais moments. Une nouvelle page se tourne ! Je t'aime et j'ai hâte de concrétiser tous ces nouveaux projets en commun.

Abréviations

- CBT : cognitive-behavioral therapy
- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th Edition
- IMC : indice de masse corporelle
- INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
- OMS : organisation mondiale de la santé
- MBCT : thérapie cognitive basée sur la pleine conscience
- MBSR : Mindfulness based stress reduction, réduction du stress basée sur la pleine conscience
- MeSH : Medical Subject Headings, thésaurus de référence
- MG&psy37 : Médecine générale et Psychiatrie 37 ; soins collaboratifs – coordination des professionnels de santé
- NC : non communiqué
- PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
- TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

Table des matières

I. Introduction :	16
A. Définitions :	16
1. La souffrance psychique au travail	16
2. Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel	16
3. Le harcèlement moral	17
B. Historique et données épidémiologiques	17
C. Prise en charge	18
1. La place de la TCC	18
2. En cabinet de médecine générale	18
D. Objectif	18
II. Matériel et Méthode	19
A. Bases de données	19
B. Équation de recherche	19
C. Critères d'inclusion	19
D. Critères d'exclusion :	20
III. Résultats	21
A. Diagramme de Flux ou <i>Flow-chart</i> :	21
B. Caractéristiques de la population	22
C. Critères d'inclusion et d'exclusion aux thérapies de groupe étudiées	22
D. Présentation des articles	22
1. Articles avec protocole TCC de groupe uniquement	22
2. Articles avec protocoles TCC de groupe et TCC individuelle	25
3. Articles associant ou comparant des protocoles TCC de groupe à d'autres psychothérapies et méthodes d'approche	26
E. Données d'intérêt	27
1. Recrutement des patients	27
2. Déroulement des séances de groupe	27
3. Adhésion au programme et attrition	28
4. Utilisation des outils numériques	29
IV. Discussion	30
A. Points forts de ce travail	30
B. Pertinence d'une approche groupale	30

C.	Pertinence de la TCC.....	30
D.	Points faibles de ce travail.....	31
E.	Pistes de réflexions pour un travail futur	31
1.	Le recrutement en soins premiers	31
2.	Faisabilité en pratique.....	31
3.	Groupe par Webconférence.....	32
F.	La place du travail dans la société.....	32
V.	Conclusion	33
VI.	ANNEXE 1 : Déroulement des séances	34
VII.	ANNEXE 2 : MBSR par téléphone	39
A.	Pays et population.....	39
B.	Type d'étude.....	39
C.	Déroulement des séances	39
D.	Résultats.....	39
VIII.	Bibliographie	40

Liste des figures et tableaux

<i>Figure 1 : diagramme de flux</i>	21
<i>Tableau 1 : les différents articles avec protocole de TCC de groupe uniquement</i>	22
<i>Tableau 2 : les différents articles avec protocole mixte : TCC de groupe et individuelle</i>	25
<i>Tableau 3 : les différents articles avec protocole associant ou comparant la TCC de groupe à d'autres psychothérapies et méthodes d'approche</i>	26
<i>Tableau 4 : déroulement des séances</i>	34

I. Introduction :

Lors de mes études puis lors de mes remplacements en cabinet de médecine générale, j'ai été confronté quotidiennement à des patients rapportant une souffrance liée au travail.

En parler au cabinet est difficile car chaque situation professionnelle est différente. Mais surtout, il s'agit d'un sujet médiatique et très étudié, ce qui « parasite » nos échanges : les notions de burn-out, de harcèlement moral, de réorganisation du travail, d'adaptation de poste sont souvent prépondérantes et plutôt maîtrisées par le patient. Il est en revanche plus difficile d'aborder la problématique sous un regard individuel et centré sur lui.

Pourtant, à force d'interrogatoires et d'échanges avec différents patients, je ressens des similitudes au travers des problèmes rapportés. Finalement, il m'apparaît que ce que mon patient décrit comme une situation unique, isolée et complexe, rejoint ce que décrivent d'autres de mes patients. L'intérêt d'un travail de groupe autour de leurs difficultés communes me semble être une bonne hypothèse de travail initiale.

A. Définitions :

1. La souffrance psychique au travail

Elle peut être définie comme un mal-être subjectif en relation avec une situation de travail (1). Les manifestations de cette souffrance peuvent être polymorphes avec une nosographie bien décrite dans le DSM 5 : le burn-out, le stress, le trouble de l'adaptation... Les manifestations d'une souffrance psychique peuvent aussi être somatiques, notamment les lombalgies, la fatigue ; ou demeurer à un état psychique perturbé sans manifestation pathognomoniques

Dans cette recherche, nous allons considérer l'ensemble de ces manifestations comme étant des symptômes de souffrance au travail.

2. Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel

Il s'agit d'un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (2). Christina Maslach décrit trois composantes (3) :

- L'épuisement émotionnel psychique et physique
- La dépersonnalisation ou perte d'empathie, qui peut se traduire par un retrait et une perte d'intérêt vis-à-vis du travail, un cynisme voire de l'indifférence
- Une perte d'accomplissement personnel, une perte d'efficacité au travail, une dévalorisation de soi

Toutefois, les définitions sont variables et le terme de « burnout » est parfois utilisé plus largement pour définir tout épuisement émotionnel, psychique et physique en lien avec le travail.

3. Le harcèlement moral

En tant que notion juridique, le harcèlement moral se définit par l'article L. 1152-1 du code du travail : « *Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.* » (4)

Sur le plan médical, c'est la notion de mobbing écrite par Heinz Leymann en 1996 qui lui correspond le mieux, étant défini comme un « *processus de destruction constitué d'agissements hostiles qui, pris isolément pourraient sembler anodins mais dont la répétition constante a des effets pernicieux* » (5).

En France, la psychiatre Marie-France Hirigoyen le définit le harcèlement sur le lieu de travail comme « *toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail* » (6).

B. Historique et données épidémiologiques

Les progrès sociaux, techniques et technologiques ont permis de rendre le travail moins dur physiquement. En parallèle, la question de la santé mentale au travail devient prépondérante et des plaintes psychiques liées au travail sont devenues courantes.

De nos jours, notamment avec l'informatisation de la société, le travail devient plus individualiste et les conflits ont tendance à être pris en charge de manière individuelle plutôt que collective. En cas de désaccord, c'est le manque de communication ou l'incompréhension de l'autre qui sont mis en avant, plutôt que la remise en question personnelle au profit du collectif (7,8).

Le harcèlement moral devient une notion définie et courante à la fin des années 1990, notamment avec la parution du livre « *le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien* » (8). En 2002 avec la loi de modernisation sociale, il devient sanctionné par le code du travail (9). En 2009, la souffrance au travail devient un enjeu social, médiatique et politique par suite du suicide de 19 salariés de l'entreprise France-Télécom.

Un rapport de 2019 de l'OMS affirme que la dépression et l'anxiété sont les troubles les plus fréquents sur le lieu du travail ; le harcèlement et l'intimidation étant les problèmes les plus fréquemment signalés (10).

La récente épidémie de COVID19 a accentué ce mal-être des travailleurs et cette perte du collectif, notamment avec le recours au télétravail et la diminution des interactions entre collègues.

De nombreuses études et interventions ont été réalisées ces vingt dernières années sur le sujet. La plupart d'entre elles sont centrées sur le lieu du travail ; avec notamment des adaptations organisationnelles ou techniques. Il est en revanche beaucoup plus difficile de retrouver des études centrées sur la personne.

C. Prise en charge

1. La place de la TCC

Dans le cadre d'une prise en charge psychosociale, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont parmi des interventions de référence. Elles ont démontré leur efficacité pour traiter la dépression, les troubles anxieux, ainsi que certains troubles psychotiques et la toxicomanie.

Dans une étude de Reme S E et al. l'efficacité de la TCC axée sur le travail avec un soutien individuel a permis de mettre en évidence maintient plus durable au travail, associé à une amélioration significative de la santé mentale et de la qualité de vie (11).

Cette approche psychothérapeutique peut se décomposer en trois étapes :

- La première consiste à établir une observation précise des comportements et des cognitions de l'individu pouvant participer à ses difficultés, aussi appelée analyse fonctionnelle,
- La deuxième étape consiste à une transmission par le thérapeute, un apprentissage et mise en application par le patients d'« outils » qui visent à faire évoluer les comportements et les cognitions problématiques,
- La troisième étape pourrait être considérée comme une étape d'automatisation durant laquelle le patient est désormais capable de lui-même appliquer les outils préalablement appris, ce qui favorise une consolidation des améliorations obtenues et participe à la prévention des rechutes.

Tout au long de ces étapes, le psychothérapeute assure un travail psychopédagogique (12).

Les psychothérapies de groupe suivant une approche TCC permettent de proposer la seconde étape à un groupe de patient qui souffre du même type de difficultés : épisode dépressif caractérisé, insomnie, défaut d'affirmation de soi, ... (13).

2. En cabinet de médecine générale

La formation initiale des médecins généralistes en psychothérapie est limitée. La consultation se recentre rapidement sur les symptômes de cette souffrance et leur prise en charge par manque de temps. Toutefois, la maîtrise des concepts de bases des TCC permet quand même de proposer une ébauche de psychothérapie individuelle, en proposant des outils comme la méditation pour diminuer l'anxiété ou le recours aux colonnes de Beck en complément ou en alternative d'une cure d'anxiolytique.

Compte tenu de la problématique de désertification médicale, le recours individuel à un psychiatre ou un psychologue dans ces situations quotidiennes est limité. Le format de groupe permet donc de mobiliser un moins grand nombre de professionnels.

Proposer une prise en charge par TCC de groupe aux patients rapportant une souffrance au travail pourrait donc être un outil intéressant en médecine générale, afin de rompre avec le sentiment de prise en charge « dégradée » et permettant de se concentrer sur les ressentis des individus plutôt que sur le travail de manière générale.

D. Objectif

L'objectif de ce travail est de réaliser une revue systématique des articles traitant de la TCC de groupe dans le cadre de la souffrance psychique au travail.

II. Matériel et Méthode

L'intégralité de ce travail a été réalisée conformément aux critères internationaux PRISMA (14).

A. Bases de données

Une revue de la littérature a été réalisée à partir des bases de données francophones : Lissa et Google Scholar version française ; et anglophones : Pubmed, psychInfo, ScienceDirect, et CAIRN. Une revue de la bibliographie de chaque article a été réalisée, à la recherche d'articles supplémentaires. Une recherche manuelle par similarités a également été réalisée.

Le recueil a débuté le 6 juin 2021 et s'est achevé le 2 mars 2022.

B. Équation de recherche

Une première recherche à partir de mots clefs empirique a été réalisée, en français et en anglais. Les mots clefs ont ensuite été définis progressivement à partir de ceux retrouvés dans les articles répondants aux critères d'inclusion et d'exclusion. Lorsque cela était possible, les mots clefs ont été associés aux termes MeSH correspondants. Les opérateurs booléens « ET », « OU », « AND » et « OR » ont été utilisés pour améliorer la pertinence des résultats tout en augmentant le nombre de mots clefs.

Ils ont été combinés de manière différente afin d'augmenter la pertinence des résultats.

Les mots clefs pour les bases de données francophones étaient les suivants :

- TCC ou psychothérapie ou thérapie cognitive ou thérapie comportementale
- et groupe
- et épuisement professionnel ou burnout ou stress professionnel ou harcèlement moral ou dépression

Les mots clefs pour les bases de données anglophones étaient :

- CBT or Cognitive therapy or behavioral therapy or psychotherapy
- and group
- and work-related stress or workplace or burnout or mobbing or bullying or sickness absence or depressive symptoms or depression

C. Critères d'inclusion

- Population : l'étude est menée spécifiquement chez les travailleurs

- Type d'étude : Présentant ou évaluant l'intérêt d'une TCC de groupe, ou d'une psychothérapie de groupe s'inspirant de la TCC

- Mesures : l'étude s'intéresse à la souffrance au travail : à des symptômes psychosomatiques s'y rapportant (dépression, anxiété, syndrome d'épuisement professionnel, ...) ; à des notions s'y rapportant (harcèlement moral, burn-out).

- **Langues** : Français et anglais

- **Date** : Tous les articles publiés jusqu'au 02/03/2022

D. Critères d'exclusion :

Patients présentant des troubles psychiatriques sans lien avec la souffrance au travail

Articles sans lien avec la TCC de groupe

Langue autre que français ou anglais

Articles sans lien avec l'activité professionnelle

Articles présentant le protocole et la faisabilité d'une étude, si l'étude définitive est publiée

Articles sur une population d'étudiants ou d'enfants

Absence de résumé ou articles non disponible malgré un accès universitaire et INSERM.

III. Résultats

A. Diagramme de Flux ou *Flow-chart* :

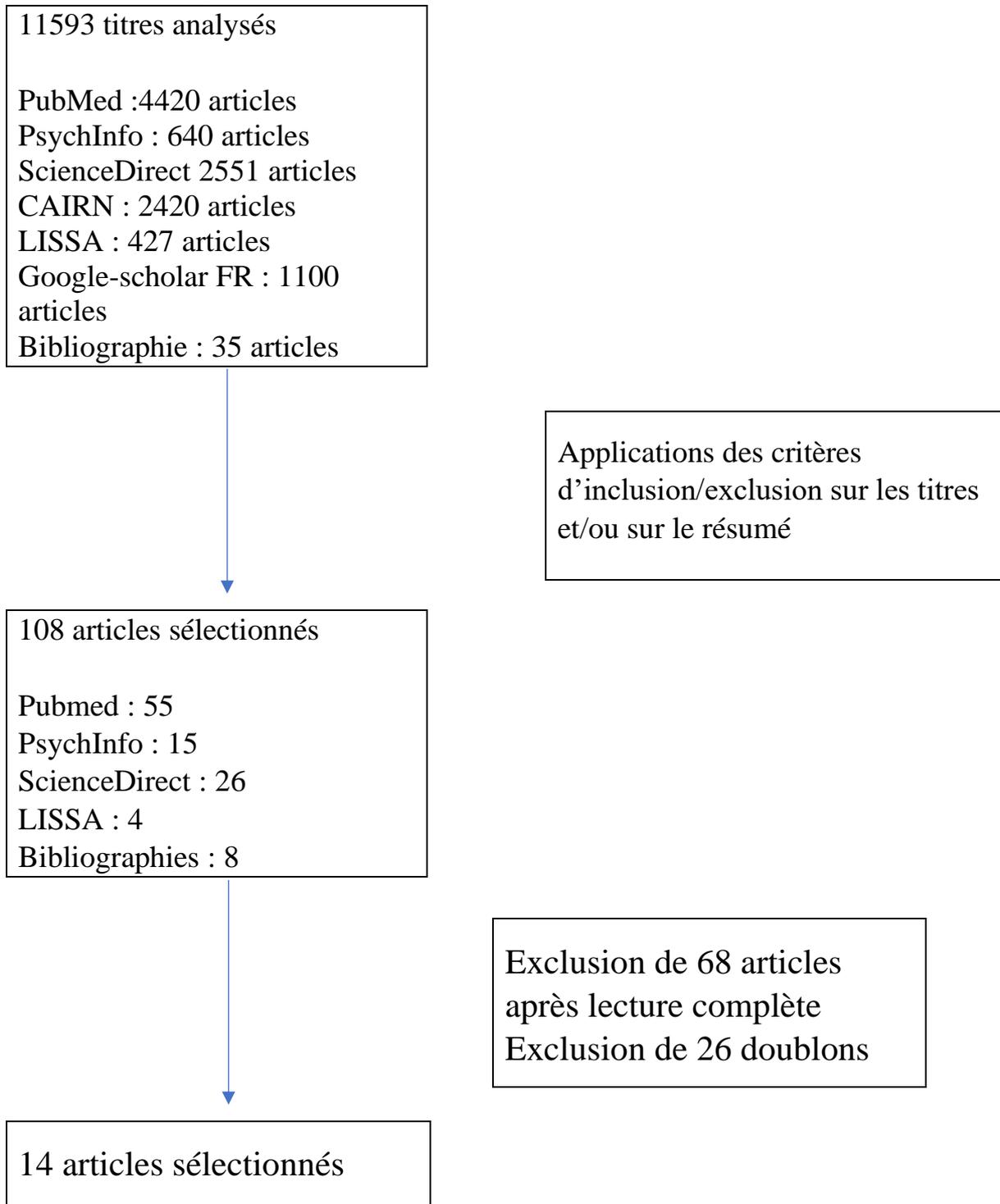


Figure 1 : diagramme de flux

Au total, 14 articles ont été sélectionnés et analysés dans cette revue de littérature.

B. Caractéristiques de la population

L'effectif global est de 1165 patients, dont 529 femmes soit 46%, et 636 hommes soit 54%, mais avec de fortes disparités selon les études, certaines comportant plus de 90% de femmes (15–18) et d'autres une nette majorité d'hommes (19–21)

L'âge moyen des patients est de 36ans et 7 mois.

Une seule de ces études a été menée en France (22). Quatre études ont été menées au Japon (19–21,23), deux aux Etats-Unis (24,25), deux en Suède (15,26). Les autres études ont été menées au Canada (16), Allemagne (17), Pays-Bas (27), Iran (18) et Nigéria (28).

C. Critères d'inclusion et d'exclusion aux thérapies de groupe étudiées

Les critères d'inclusion les plus fréquents sont :

- le syndrome dépressif (16,17,23,28),
- l'épuisement professionnel (15,27),
- l'arrêt de travail ou reprise récente du travail (15,16) ,
- la présence de troubles du sommeil réguliers (26,27)

D'autres critères n'étaient présents que dans une seule étude : souffrir de lombalgies chroniques (22) , le harcèlement moral (22), travailler au moins 30 heures par semaines (26), avoir un IMC entre 18 et 26 (15), et d'autres critères plus spécifiques à chaque étude.

Les critères d'exclusions les plus fréquents sont :

- la présence d'un trouble psychiatrique autre (18,21–23,25–28) ,
- une maladie somatique majeure (16,18,23,27,28) ,
- une toxicomanie (23,26,27),
- un trouble cérébral organique (16,23,26) ,
- la prise de psychotropes (15,18),
- un déficit intellectuel (16,23),
- un risque élevé de suicide (23,25),
- participation récente a une TCC (16),
- antécédant d'homicide (25),
- un deuil récent (18).

D. Présentation des articles

1. Articles avec protocole TCC de groupe uniquement

Article	Pays / population	Méthodologie	Principaux résultats
Ito D et al. A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for	- Japon - Patients consultants dans une clinique psychiatrique, en arrêt de travail	- étude pré/post intervention - 23 patients - groupes de 4-5 patients animés par 2 psychologues ; 1x/semaine, pendant 8 semaines.	Régression significative des symptômes dépressifs et anxieux. Amélioration significative des relations sociales, du retour au

<p>Japanese Workers. Behav Cogn Psychother. juin 2018 (23)</p>	<p>pour syndrome dépressif</p>	<p>- Efficacité d'une TCC de groupe axée sur le travail en mesurant avant et après intervention : K-6, SASS et DRW (retour au travail, relations sociales, fonctions cognitives)</p>	<p>travail, de la fonction cognitive Amélioration non significative de la condition physique</p>
<p>Corbière M et al. Healthy Minds: Group Cognitive-Behavioral Intervention for Sustainable Return to Work After a Sick Leave Due to Depression. juill 2021 (16)</p>	<p>- Canada (Québec) - Patients consultants dans une clinique psychiatrique, reprenant le travail après un épisode dépressif</p>	<p>- Etude cas/témoins - 30 patients (dont 11 témoins) - groupes de 5-7 personnes supervisées par 2 co-thérapeutes (1 homme et 1 femme) - TCC de groupe, 1x/semaine, pendant 8 semaines puis proposition de continuer 1x/mois pendant 6 mois dans l'objectif de prévenir la rechute du syndrome dépressif - Evaluation à J0, M+2 et M+6 des symptômes dépressif (BDI-Score), anxieux (BAI-score), et de la productivité au travail (EWPS)</p>	<p>Réduction des symptômes dépressifs et anxieux non significative (p=0.07). Augmentation significative de la productivité au travail</p>
<p>Schiller H, et al. A randomized controlled intervention of workplace-based group cognitive behavioral therapy for insomnia janv. 2018 (26)</p>	<p>- Suède - Salariés de 2 entreprises du secteur du commerce présentant des troubles du sommeil</p>	<p>- étude cas / témoins (le groupe témoins participe 6 mois plus tard) - 51 patients (dont 26 témoins) - intervention directement sur le lieu du travail, décompté du temps de travail, et 4 places de cinéma offertes - groupes de 8 personnes maximum, dirigé par un psychologue clinicien formé - TCC de groupe, 5 séances en 3 mois - mesures à M0, M+3 (fin d'intervention) et M+6 de la qualité du sommeil, de l'épuisement professionnel via le SMBQ, de l'anxiété et dépression via l'échelle HAD - à chaque recueil de données, remplissage d'un agenda de veille/sommeil et mesure du sommeil sur 10 jours à l'aide d'un actigraphe porté au poignet</p>	<p>Régression partiellement significative de l'insomnie, mais pas d'effet significatif sur la durée du sommeil Pas d'effet sur l'épuisement professionnel, mais les participants ayant un faible score d'épuisement professionnel initial ont significativement mieux amélioré leur sommeil que les autres</p>
<p>Le Borgne M, et al. Évaluation de l'efficacité d'une TCC de groupe auprès de patients souffrant de lombalgies chroniques liées au travail. J Thérapie Comport Cogn. 1 sept 2016 (22)</p>	<p>- France (Angers) - Patients du réseau Lombaction du CHU d'Angers, en difficulté professionnelle du fait de leur lombalgie</p>	<p>- étude cas/témoins - 14 patients (dont 7 témoins) - un seul groupe de 7 personnes - animé par une psychologue et un stagiaire en master de psychologie - kiné habituelle + TCC de groupe 1x/semaine ; 5 semaines - mesure avant et après intervention de la douleur et retentissement fonctionnel ; coping ; BDI-score ; anxiété, catastrophisme, croyance peur-évitement, régulation émotionnelle, amplification somatosensorielle, rumination</p>	<p>Diminution significative du retentissement fonctionnelle de la douleur sur l'humeur et non significative sur les activités de la vie quotidienne (p=0.06), le travail et les loisirs (p=0.07) Diminution significative de l'anxiété, de la dépression, du score de catastrophisme, du sentiment d'impuissance</p>

<p>Schwickerath J et al. Le harcèlement moral sur le lieu de travail: fondements et thérapie cognitivo-comportementale des maladies psychosomatiques liées au harcèlement moral dans le milieu hospitalier. J Thérapie Comport Cogn. 2006(17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Patients en séjour dans une clinique psychiatrique, victimes de harcèlement moral et souffrant majoritairement de symptômes dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> - étude pré/post intervention - 102 patients - plusieurs thérapeutes - Groupe sur le thème du harcèlement moral ; max. 12 personnes, 8 séances sur environ 6 semaines - proposition de participer à d'autres groupes : maîtrise de la dépression, ergothérapie... - mesure avant et après intervention du BDI-score - patients recontactés 12 à 18 mois après l'intervention - questionnement sur ce dont les patients ont le + tiré profit 	<ul style="list-style-type: none"> - traitement jugé efficace par les patients - réaffirmation des valeurs et des buts - diminution des symptômes dépressifs - 30% ont changé de lieu de travail, 82% satisfaits de l'intervention, 72% se disent bien préparés aux situations de conflits professionnels
<p>T. Bagheri, et al. The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. Ann Burns Fire Disasters. sept 2019;32(3):184-9 (18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iran - Infirmiers travaillant dans une clinique iranienne, sujet à la souffrance au travail compte tenu de leur métier 	<ul style="list-style-type: none"> - Etude cas/témoin - 60 infirmiers (dont 30 témoins) - TCC de groupe et stratégies d'adaptation au stress, 1x/semaine pendant 10 semaines animé par un psychiatre - thématiques élaborées à partir du livre de Michael L « cognitive therapy in groups » (30) - mesure de l'épuisement professionnel par le MBI à T0, à la fin de la thérapie, et 1 mois après la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - régression significative de l'épuisement professionnelle juste après l'intervention et confirmé 1 mois après l'intervention - régression de la dépersonnalisation et amélioration de la performance individuelle significatives - pas d'effet sur l'épuisement émotionnel
<p>Carter PA, Dyer KA, Mikan SQ. Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: testing the feasibility of an intervention. Oncol Nurs Forum. sept 2013 (24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis (Texas) - infirmières en soins palliatifs prodiguant des soins au patient ou à la famille, en situation de « deuil chronique » 	<ul style="list-style-type: none"> - étude pré/post intervention - 13 patients - TCC de groupe axée sur le sommeil - 2 séances - mesure au début de l'étude puis à 3 et 5 semaines du PSQI et CES-D 	<ul style="list-style-type: none"> - amélioration de la qualité du sommeil - pas d'effets retrouvés sur les symptômes dépressifs

K6 : Kesler-6, évaluation rapide de la détresse psychologique dépression / anxiété en 6 items

SASS : Social Adaptation Self-Evaluation Scale, version japonaise

DRW : Difficulty in Returning to Work Inventory

BDI Score : Inventaire de dépression de Beck, 21 items

BAI-Score : Inventaire d'anxiété de Beck, 21 items

EWPS : Endicott Work Productivity : auto-questionnaire pour évaluer la productivité au travail

SMBQ : Shirom-Mela-med Burnout Questionnaire

HAD : hospital anxiety and depression scale

MBI : Maslach Burn-out Inventory

PSQI : index de la qualité du sommeil de Pittsburgh

CES-D : Center for Epidemiologic Studies- Depression

Tableau 1 : les différents articles avec protocole de TCC de groupe uniquement

2. Articles avec protocoles TCC de groupe et TCC individuelle

Article	Pays / population	Méthodologie	Principaux résultats
Mori M, et al. A Web-Based Training Program Using Cognitive Behavioral Therapy to Alleviate Psychological Distress Among Employees: Randomized Controlled Pilot Trial. JMIR Res Protoc. 2 déc 2014 (19)	- Japon - travailleurs dans une entreprise de technologie de l'information, majoritairement ingénieurs	- Etude cas/témoin - 168 patients (dont 85 témoins) - Programme de TCC de groupe en présentiel + individuelle aidé d'un programme en ligne : - Séance de groupe unique en présentiel - puis TCC individuelle en autonomie (technique des 3 colonnes) à l'aide d'un programme internet dans le mois suivant l'intervention, (aide d'une infirmière formée à la TCC + « expert en TCC » par mail si besoin) - remplir au moins 2 fois la grille des 3 colonnes à partir de situations de stress au travail - mesure du K6, questionnaires d'autoévaluation, programme avant le début de la formation, à la fin de la formation et à M+6	- amélioration significative de la capacité des participants à reconnaître leurs pensées dysfonctionnelles ; mais résultat non significatif sur la capacité à les transformer en pensées fonctionnelles - amélioration significative de la gestion du stress - résultats non significatifs sur la détresse psychologique et l'anxiété
Kimura R, Mori M, et al. Effect of a brief training program based on cognitive behavioral therapy in improving work performance: A randomized controlled trial. J Occup Health. 2015(20)	- japon - salariés d'une entreprise d'électricité (gestionnaires, ingénieurs, ouvriers)	- étude cas/témoins - 196 patients (dont 99 témoins) - intervention similaire à l'étude précédente (mêmes auteurs) - Groupe de 5 à 7 personnes, séance unique de 2h en présentiel puis TCC individuelle en autonomie à l'aide d'un site internet : http://www.cbtjp.net/ - remplissage au moins 3 fois des colonnes de Beck dans le mois suivant le groupe - remplissage à T0 et M+3 d'un questionnaire en ligne sur les performances au travail ; la possibilité de modifier les pensées dysfonctionnelles ;	- augmentation de la performance au travail - amélioration de la capacité de remplacer les pensées dysfonctionnelles en pensées positives
Kojima R, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial. Ind Health. 2010 (21)	- Japon - ouvriers en métallurgie	- étude cas/témoins - 261 patients (124 témoins) - séance TCC de groupe de 4-6 personnes, encadrées par un psychiatre et un psychothérapeute spécialiste en TCC - puis 3 séances individuelles par e-mail encadrées par un médecin du travail et 3 infirmières du travail	- significative des symptômes de dépression - amélioration du contrôle du stress - volonté de continuer à appliquer ces techniques de contrôle du stress

		formés à la TCC, travail à partir des colonnes de Beck sur des situations de stress en lien avec le travail - mesure à J0, à 1 semaine et à 3 mois du CES-D, de l'estime de soi, du contrôle du stress	
De Vente W, et al. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial , 2008 (27)	- Pays-Bas - patients en arrêt maladie pour stress lié au travail, recruté dans des services médecine du travail	- TCC pour réduire et prévenir le stress lié au travail - 82 patients répartis en 3 branches : TCC individuelle ; TCC de groupe (7 patients par groupe) encadré par 2 thérapeutes ; et suivi habituel (consultations chez le médecin généraliste et psychiatre) - 12 séances animées par un psychologue - évaluation du burn-out (MBI), de la fatigue, de la dépression et de l'absentéisme au travail à M0, M+4, M+7, M+10	- régression significative de l'épuisement professionnel et des absences pour maladie, mais similaire au suivi habituel - efficacité similaires entre la TCC de groupe ou individuelle

K6 : Kesler-6, évaluation rapide de la détresse psychologique dépression / anxiété en 6 items

CES-D : Center for Epidemiologic Studies- Depression

MBI : Maslach Burnout Inventory Questionnaire ; 22 items

Tableau 2 : les différents articles avec protocole mixte : TCC de groupe et individuelle

3. Articles associant ou comparant des protocoles TCC de groupe à d'autres psychothérapies et méthodes d'approche

Article	Pays / population	Méthodologie	Principaux résultats
Dike IC, Onyishi CN, Adimora DE, Ugodulunwa CA, Adama GN, Ugwu GC, et al. Yoga complemented cognitive behavioral therapy on job burnout among teachers of children with autism spectrum disorders. Medicine (Baltimore). 4 juin 2021 (28)	- Nigéria - enseignants travaillants dans des classes spécialisées dans l'accueil d'enfants autistes et présentant des symptômes de stress	- Etude cas/témoins - 58 enseignants - 1x/semaine, 12 semaines - manuel de thérapie cognitive avec Yoga développé par un expert en TCC et un expert en Yoga - séances de TCC de groupe suivi d'une séance de Yoga - Mesure au début de l'intervention, à la 5 ^e séance et à 3 mois du SISQ et MBI-ES Entre les séances : Exercices à réaliser	- baisse significative de l'épuisement professionnel, de la dépersonnalisation - amélioration de la satisfaction sur l'efficacité professionnelle
Grensman A, et al Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral	- Suède - patients en arrêt de travail pour épuisement professionnel en raison de	- comparer des interventions de groupe par Yoga, TCC et MBCT pendant 20 semaines - questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé	- amélioration générale de la qualité de vie pour les 3 types d'intervention, en particulier dans les domaines touchés par le burn-out

therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout, 2018 (15)	difficultés au travail - recrutés dans des centres de soin en santé primaire	(HRQoL) avant et après intervention - 94 patients randomisés dans les 3 interventions - groupes de 9 à 11 personnes - supervisé par un médecin et 2 enseignants (groupe Yoga) ; par un psychothérapeute agréé (groupe TCC)	- effet général du Yoga et MBCT légèrement meilleur que la TCC
Bailey AK, et al Psychoeducational Group Intervention for Nurses: Rationale, Theoretical Framework, and Development. J Am Psychiatr Nurses Assoc. juin 2021(25)	- États-Unis - Infirmières hospitalières, soumise à un stress au travail s'étant majoré avec l'épidémie de COVID-19	Article original présentant un protocole mixte mêlant TCC, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, d'acceptation et d'engagement. Protocole RICE : - <i>Résilience</i> - <i>Insight</i> (perception) - <i>self-Compassion</i> (autocompassion) - <i>Empowerment</i> (autonomisation psychologique) - objectif : se protéger de l'épuisement professionnel et améliorer le bien-être au travail - Groupe 1x/semaine, 8 semaines, animé par un professionnel de la santé mentale - Etude pilote sur un groupe de 6 infirmières avec questionnaire ouvert à la fin du protocole : acceptabilité et faisabilité validée, rapporte une amélioration du bien-être	

SISQ : questionnaire de stress à item unique

MBI-ES : Maslach Burnout Inventory educator , spécifique à l'épuisement professionnel des enseignants

HRQoL : Health-related Quality of life

Tableau 3 : les différents articles avec protocole associant ou comparant la TCC de groupe à d'autres psychothérapies et méthodes d'approche

E. Données d'intérêt

1. Recrutement des patients

Dans la majorité des articles, les participants aux groupe étaient recrutés directement sur leur lieu de travail (18–21,24–26,28).

Un seul de ces article proposait un recrutement dans des centres de soins primaires, à partir de symptômes d'épuisement professionnel mis en avant lors d'une consultation (15).

Dans les autres articles, le recrutement se faisait lors de consultation en clinique psychiatrique (16,23), lors d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie (17), via la médecine du travail (27) ou via le réseau Lombaction du CHU d'Angers (22).

2. Déroulement des séances de groupe

Le déroulement des séances ainsi que tous les programmes étudiés sont présentés en ANNEXE 1.

La durée moyenne d'une séance la plus fréquente était de 2 heures, même si la durée varie selon les articles ; la plus courte étant d'une heure (24) et les plus longues de 2h30 voire 3 heures (21,23).

Ces séances étaient encadrées le plus souvent par des psychologues formés à la TCC ou par des psychiatres ; parfois même par un stagiaire en master de psychologie (22). Le nombre d'encadrant allait d'un à trois, mais deux le plus souvent.

La base des interventions est similaire à celle des interventions individuelles. Au cœur du programme, l'identification des croyances dysfonctionnelles et le remplacement progressif des pensées négatives en pensées positives ; un travail sur les émotions associées aux pensées automatiques à l'aide de pensées rationnelles, l'apprentissage de l'autocompassion, l'autocritique, l'autovalidation, un travail sur l'estime de soi et l'affirmation de soi...

Le recours aux jeux de rôle est aussi un élément important lors des prises en charges par TCC afin de mettre en application le travail réalisé avec le thérapeute. L'intervention de groupe permet une meilleure dynamique de ces jeux compte tenu de la possibilité d'avoir un plus grand nombre d'acteurs (16,17,22,27)

Certains programmes proposent une analyse et intervention sur les relations entre collègues ou avec les supérieurs (23) et la résolution des conflits ou des situations de harcèlement (17), des outils pour surmonter les obstacles au maintien au travail (16) , l'amélioration des conditions (28), et le travail sur d'autres facteurs de stress comme la consommation de tabac et d'alcool (27)

Enfin, ils se concluent sur les perspectives d'avenir professionnel (17), le partage en groupe des améliorations perçues (28).

3. Adhésion au programme et attrition

L'intervention de groupe plutôt qu'individuelle permet une plus forte adhésion des patients, qui s'identifient dans certaines problématiques rencontrées par les autres membres du groupe. Il ne se retrouvent pas seuls face à leurs problèmes, au travers de partage d'expériences professionnelles personnelles. Elle permet au patient d'avoir un endroit rassurant pour s'exprimer, et de trouver une plus grande compassion. Le format de groupe permet également une mise en application pratique lors de jeux de rôles (16,17,22,27).

Le taux d'abandon des patients en cours du programme était variable. Les causes évoquées dans la plupart des études sont similaires : les difficultés de transport, les contraintes familiales ou professionnelles, le manque de temps, mais le surtout le nombre de séances, la durée des séances et la durée du suivi.

La diminution de l'adhésion repose sur des critères semblable que celle des abandons, notamment pour les études centrées sur les professionnels de santé (31).

Dans le programme de Corbière et al. (16), la participation moyenne est de 6,5 sur 8 séances (81%) mais sans abandon ; chez Shapiro S et al. (29), huit abandons durant le programme soit 44% des participants malgré un nombre de séances et une durée de suivi identiques (8 séances en 2 mois). Concernant l'étude la plus longue et terme de durée et de nombre de séances, West CP et al (32), la participation est de 11,9 sur 19 séances, soit 62%.

Aucune étude ne propose une indemnisation financière des participants. Toutefois, Schiller H et al (26) interviennent directement dans les entreprises, et les temps de groupe sont décomptés du temps de travail. Deux places de cinéma sont offertes et début et à la fin de l'étude en cas de participation à tous les groupes. Les participants peuvent aussi rattraper leur absence aux groupes par échange de mails avec le superviseur du groupe, ainsi qu'avec le support numérique de la session. Sur les 22 participants aux groupes, 17 ont participé à au moins 3 séances sur 5 et rattrapé leur absence par mail, soit 77%.

4. Utilisation des outils numériques

L'une des pistes avancées par Corbière et al. (16) pour améliorer l'adhésion et l'attrition serait de proposer des TCC de groupe en webconférence.

Il n'a pas été trouvé d'article traitant spécifiquement d'une TCC de groupe par Webconférence axée sur la souffrance au travail.

L'étude de Dike et al. (28) a pour population des enseignants du Nigéria et propose des séances de TCC associée au Yoga. Une discussion commune sur WhatsApp a été créée pour tous les participants d'un même groupe. Les instigateurs envoient systématiquement un message de rappel sur cette discussion la veille des séances. Malgré la longue durée du suivi (12 séances sur 3 mois) le taux d'adhésion est très élevé et l'attrition très faible : seulement 2 abandons (3.5%) pour des raisons connues.

L'étude de Mori M et al. (19) présente un protocole de TCC de groupe d'une seule séance en présentiel, suivi d'une formation en autonomie (remplissage des colonnes de Beck) à réaliser dans le mois suivant à partir des situations de stress au travail. Le remplissage des grilles se fait à domicile ou au travail, à l'aide d'un site internet mais une aide d'un expert en TCC peut être apportée par mail sur demande. Il s'agit d'une grille d'auto-évaluation des pensées automatiques dysfonctionnelles. Les participants sont salariés d'une entreprise de technologie de l'information, majoritairement ingénieurs en informatique donc maîtrisant cet outil. Finalement, seul 59% des participants ont complètement terminé le programme en remplissant au moins deux fois les colonnes de Beck, et 76% l'ont rempli au moins une fois.

Une seconde étude des mêmes auteurs (20), selon un protocole similaire montre une meilleure participation : 94% l'ont rempli au moins une fois, 79% au moins deux fois. Il s'agit toutefois de chiffres similaires aux autres interventions de groupe traditionnelles.

Kojima R et al. (21) proposent un protocole légèrement différent et plus structuré : une séance unique avec une formation au remplissage des colonnes de Beck à appliquer à des situations de stress au travail, puis un suivi individuel à distance sous forme de 3 mails à des dates définies pour débriefer des grilles remplies. L'intervenant prodigue des conseils pour le remplissage des grilles ultérieures. La participation finale était de 83%. Parmi les raisons d'abandon évoquées, la plus fréquente est un emploi du temps professionnel trop chargé (donc rejoignant également les raisons évoquées dans les interventions de groupe traditionnels)

IV. Discussion

La souffrance au travail est un sujet ayant une importance grandissante dans notre société, avec un impact direct sur la santé. D'un point de vue psychosociale, la TCC fait partie des méthodes de références, validée scientifiquement et applicable en format de groupe, ce qui nous a semblé une approche pertinente dans ce contexte

A. Points forts de ce travail

Le principal point fort de cette revue de littérature est qu'il s'agit d'un travail original. L'objectif posé et l'équation de recherche ayant permis de cibler des interventions centrées sur l'individu plutôt que centrées sur le travail. Les approches les plus étudiées actuellement visant plutôt à modifier l'organisation managériale ou l'organisation générale du travail.

Il s'agit d'un travail exhaustif sur le sujet, et qui pourrait servir de base à la réalisation de psychothérapies de groupes axées TCC dans le cadre de la souffrance au travail

B. Pertinence d'une approche groupale

Le résultat principal de cette revue de la littérature est le ressenti positif d'une approche de groupe chez les patients en souffrance au travail. Ces groupes ont l'avantage de mettre en place facilement des jeux de rôles, le partage des expériences ou ressentis personnels et des perspectives pour l'avenir professionnel, la non-confirmation du caractère unique du problème, l'apprentissage interpersonnel et le soutien social.

Les résultats de ces interventions étaient généralement significatifs sur la régression des symptômes anxiodépressifs, de l'épuisement professionnel, sur le retour au travail et la productivité. Dans le cas d'une situation de harcèlement moral, les patients se disaient mieux préparés pour gérer les conflits professionnels.

Bien que non généralisable, il est donc possible de conclure à la pertinence d'une approche groupale

C. Pertinence de la TCC

Bien que pertinente, la supériorité de l'approche groupale par rapport à la TCC individuelle ou d'autre psychothérapie n'a pas pu être démontrée au travers de ces articles.

Cela peut s'expliquer par le fait que cette approche a tendance à se concentrer sur la transmission, l'apprentissage et la mise en application par le patient. La phase d'observation précise des comportements et cognitions de l'individu étant nécessairement plus restreinte en groupe qu'en TCC individuelle.

Toutefois, l'approche groupale apparaît à minima comme équivalente à la TCC individuelle, comme l'évalue l'article de De Vente et al (27).

Dans l'article de Grensman et al (15), les protocoles MBCT et Yoga avaient un meilleur résultat que l'intervention de groupe suivant l'approche TCC. Cependant, chaque protocole ne comptait qu'une trentaine de participants ; et le déroulement des séances de groupe TCC était

très peu détaillé. Cela allait à l'encontre de l'hypothèse initiale des auteurs, qui supposaient la TCC de groupe supérieur aux autres interventions.

Bien que non généralisable, il est donc possible de conclure de manière consensuelle à une efficacité des approches de type TCC dans la souffrance au travail. L'approche groupale, peut-être moins personnalisée, pouvant être agrémentée par le recours à d'autres techniques d'approche individuelles alternatives comme le Yoga (28).

D. Points faibles de ce travail

Cette revue de littérature ne retrouve que quatorze articles répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, dont trois pour lesquels l'intervention de groupe n'était qu'une partie de l'intervention, puisque le programme reposait essentiellement sur une prise en charge individuelle (19–21).

L'hétérogénéité des protocoles ainsi que des populations cibles et les différences culturelles dans l'approche de la souffrance au travail limitent également certaines comparaisons.

A noter enfin que les éventuels articles dans une autre langue que le français ou l'anglais n'ont pas été étudiés.

E. Pistes de réflexions pour un travail futur

1. Le recrutement en soins premiers

Un seul article proposait un recrutement en soins premiers (15) mais dans une population de patients déjà en arrêt de travail pour épuisement professionnel. Ce travail de recherche ne permet donc pas d'évaluer l'impact d'un recrutement des patients en soins premiers pour ces groupes.

Schiller et al (26) remarquaient que suite à l'intervention de groupe, les patients ayant un faible score d'épuisement professionnel initial ont significativement mieux amélioré leur sommeil que les autres. La participation aux groupes est également meilleure chez les patients ayant les symptômes initiaux les plus modérés.

Un recrutement en cabinet de médecine générale aurait pour avantage de débiter une prise en charge précoce, lorsque les symptômes sont encore limités. Il pourrait consister à proposer la participation à ces groupes à tout patient rapportant une souffrance liée au travail lors d'une consultation ou en s'appuyant sur les grilles validées permettant d'évaluer l'épuisement professionnel.

2. Faisabilité en pratique

En région Centre, le format de groupe semble rester une option intéressante pour permettre la prise en charge d'un plus grand nombre de patients en souffrance au travail malgré la pénurie de thérapeutes.

Il s'agit d'une offre de soin innovante et de qualité qui mobilise des professionnels déjà disponibles, comme les psychologues libéraux ; ou très rapidement disponible puisque la formation à ces outils reste simple et accessible à tous.

L'encadrement des groupes par un binôme entre un professionnel déjà expert en TCC et un autre en cours de formation est une des pistes à envisager.

Le recours à des infirmières formées à la TCC pour animer ces groupes est une piste qui n'a pas été explorée dans ces articles (ou données manquantes) ; même si dans certaines études elles sont un premier recours aux séances par mails (21) ou au remplissage colonnes de Beck (19).

La participation à ces groupes de « patients experts » ou formés à la TCC n'est également jamais évoquée.

3. Groupe par Webconférence

Aucun de ces articles n'a eu recours à la webconférence. Elle était citée comme perspective par Corbière et al (16).

Dans le reste de la littérature, nous n'avons trouvé qu'un protocole de psychothérapie de Bazarko D et al (33), présenté en ANNEXE 2, proposant un protocole MBSR en 6 interventions. Les séances initiales et finales sont en présentiel, et le reste des séances par téléconférence téléphonique de groupe avec une réduction significative de l'épuisement professionnel.

Le recours du patient en soins premiers, en particulier en région Centre-Val de Loire, se fait parfois à plus de trente minutes de route d'une ville, dans des zones peu desservies par les transports en commun. L'un des principaux motifs de refus du recours à une prise en charge spécialisée par le patient est le manque de temps, surtout dans les contextes de burn-out. Le coût du trajet est également un frein.

L'épidémie de COVID19 a accéléré le déploiement de la télémédecine. Du côté de la population active, le recours aux Webconférences dans un contexte professionnel ou personnel est également devenu plus aisé et ne constitue plus un obstacle.

La réalisation « test » de psychothérapie de groupe avec approche TCC dans le cadre de la souffrance au travail par webconférence est une piste à étudier.

F. La place du travail dans la société

On observe de fortes disparités culturelles d'un pays à l'autre dans le rapport au travail, à l'arrêt de travail, à la durée moyenne de travail.

Les articles étudiés étant issus de quatre continents différents, cette différence de rapport m'a semblé se ressentir à travers l'abord de la problématique de la souffrance liée au travail, et sur l'objectif des séances de groupe, particulièrement dans les études asiatiques.

Bien que non généralisable, il est possible de conclure que l'objectifs communs de ces études était le retour rapide à l'emploi, ou le maintien à l'emploi. Après échange sur ce sujet par mail, l'auteur de l'article présentant Healthy Mind (16) Pr. Marc Corbière me déclarait :

« A titre de clin d'œil, nous n'envisageons pas dans notre équipe, le travail comme une souffrance, mais bien comme une forme de rétablissement pour l'individu qui est, soit en [arrêt] maladie et inscrit dans un retour à son poste, soit en processus de réinsertion sur le marché du travail ordinaire. Nous travaillons sur les conditions gagnantes pour favoriser cette reprise et ainsi assurer un maintien dans l'emploi (ou sur le marché du travail) pérenne »

V. Conclusion

Cette revue de la littérature nous permet de conclure qu'une approche de TCC groupale dans le cadre de la souffrance au travail pourrait être une prise en charge innovante, ayant un effet positif pour les patients. Plusieurs études retrouvent des résultats significatifs, notamment sur le retour au travail, les symptômes anxiodépressifs, la régression du burnout et de l'insomnie, et une meilleure gestion du stress.

Le faible nombre d'études et de données, la disparité des protocoles psychothérapeutiques et la disparité des symptômes ciblés ne permet pas de généraliser les résultats observés. Des études complémentaires seraient nécessaires afin :

- de consolider l'hypothèse d'une efficacité des TCC de groupe sur la souffrance au travail
- de comparer son efficacité aux approches psychothérapeutiques TCC individuelles.
- de préciser les symptômes sur lesquels ces approches groupales seraient les plus pertinentes
- d'uniformiser un ou des protocoles de prise en charge TCC de la souffrance au travail

Au vu de ces résultats on peut donc uniquement émettre raisonnablement deux hypothèses :

1. L'efficacité des TCC de groupe sur la souffrance au travail
2. Une efficacité équivalente des approches groupales comparées aux approches individuelles dans la souffrance au travail.

Ce travail pourrait constituer un point de départ à l'écriture d'un protocole structuré, à l'expérimentation et évaluation d'un groupe de prise en charge de la souffrance au travail en Indre et Loire (dispositif MG&psy37).

L'impact d'un recrutement en cabinet de médecine générale, la diversification des profils de professionnels encadrant, et la réalisation de ces groupes par Webconférences sont des pistes de travaux futurs.

VI. ANNEXE 1 : Déroulement des séances

Article	Durée des séances	Protocole
Ito D et al. A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for Japanese Workers. Behav Cogn Psychother. juin 2018 (23)	2h30	<p>Séances 1 à 5 : Psychoéducation sur la dépression, l'activation comportementale, et les thérapies cognitives</p> <p>Séances 6 à 8 : Psychoéducation axée sur les problèmes après le retour au travail au Japon, thérapie de résolution de problème (les préoccupations liées aux relations humaines au travail avec les collègues et les patrons)</p> <p>Entre les séances : Activité physique (marche, nage) ; taches cognitives ; agenda structuré et travail personnel</p>
Corbière M et al. Healthy Minds: Group Cognitive-Behavioral Intervention for Sustainable Return to Work After a Sick Leave Due to Depression. juill 2021 (16)	2h	<p>Séance 1 : Faire face au stress au travail : reconnaître le stress, ses effets sur le corps, les pensées et les émotions Reconnaître le stress dans les différents contextes de travail Partager des stratégies pour faire face au stress au travail</p> <p>Séances 2-3 : Reconnaître et modifier les croyances dysfonctionnelles liées au travail : apprentissage du modèle ABC (A : Evénement déclencheur ; B : croyances et réactions face à la situation ; C : conséquences émotionnelles) ; comprendre l'impact des croyances négatives ou dysfonctionnelle sur les émotions et comportements ; trouver des croyances alternatives</p> <p>Séance 4 : Surmonter les obstacles liés au fonctionnement et au maintien au travail : reconnaître les obstacles personnels au travail ; partager et pratiquer des stratégies pour les surmonter</p> <p>Séance 5 : Mettre en place des aménagements de travail nécessaires : Identifier des éventuels aménagements pour faciliter le fonctionnement ; en discuter avec le supérieur hiérarchique ; prioriser et mettre en place ces aménagements si possible</p> <p>Séance 6 : Mes forces et compétences au travail : comprendre ses disqualifications du positif (transformer une expérience neutre ou positive en un vécu négatif) reconnaître ses forces et capacités avec l'aide des autres membres du groupe.</p> <p>Séance 7 : Accepter les critiques et m'affirmer de manière appropriée : utiliser les techniques apprises aux séances précédentes ; apprendre la relaxation, l'autocompassion et l'acceptation ; jeu de rôle et affirmation de soi</p> <p>Séance 8 : Stratégies d'adaptation au travail : discuter sur la divulgation du syndrome dépressif au travail, de la stigmatisation ; examiner les stratégies d'adaptation personnelles pour chaque facteur de stress, les symptômes, les humeurs et les pensées au travail.</p> <p>Entre les séances : Manuel récapitulatif avec objectifs personnels à réaliser entre chaque session. Manuel semi structuré sur le modèle TCC ayant fait ses preuves pour les patients souffrants de dépression</p>
Schiller H, et al. A randomized controlled	2h	<p>« L'école du sommeil »</p> <p>A chaque séance : conférence psychoéducative et discussion de groupe, et devoirs assignés pour la session suivante</p>

<p>intervention of workplace-based group cognitive behavioral therapy for insomnia janv. 2018 (26)</p>		<p>Séance 1 : connaissances de bases sur le sommeil (rythme circadien, régulation du sommeil... Séance 2 : identifier les facteurs liés au mode de vie : Les routines au coucher, le sport, la consommation d'alcool et de caféine Séance 3 : la durée de sommeil et les effets de la restriction de sommeil Séance 4 : le stress et l'équilibre quotidien entre le travail et la relaxation/repos Séance 5 : les stratégies de pleine conscience</p>
<p>Le Borgne M, et al. Évaluation de l'efficacité d'une TCC de groupe auprès de patients souffrant de lombalgies chroniques liées au travail. J Thérapie Comport Cogn. 1 sept 2016 (22)</p>	<p>2h</p>	<p>A chaque séance : psychoéducation, travail sur un facteur ou processus psychologique impliqué dans le maintien de la douleur chronique ; mise en place d'outil Séance 1 : Présentation du protocole et des objectifs de prise en charge Séance 2-3 : - Travail autour de la compréhension du lien entre stress et douleur. - importance des croyances et des pensées automatiques dysfonctionnelles dans l'évaluation du stress et de la douleur ; identification et évaluation des pensées automatiques et des erreurs cognitives ; construction de réponses alternatives plus réalistes. Séance 4 : Restructuration émotionnelle (gestion de la colère) et le développement des stratégies de l'affirmation de soi, à travers la mise en place de jeux de rôle Séance 5 : Synthèse des outils et évaluation</p> <p>Entre les séances : prescription de taches</p>
<p>Schwickerath J et al. Le harcèlement moral sur le lieu de travail: fondements et thérapie cognitivo-comportementale des maladies psychosomatiques liées au harcèlement moral dans le milieu hospitalier. J Thérapie Comport Cogn. 2006(17)</p>	<p>NC</p>	<p>8 Séances - Informations données sur les symptômes pouvant être en lien avec le harcèlement moral - Mise en évidence des éléments externes, et les éléments concernant les auteurs du harcèlement - Thématisation et analyse des motifs du harcèlement, analyse de l'harceleur du point de vue du patient pour prendre de la distance avec la situation.</p> <p>- Travail de différents aspects des thérapies comportementales : cognition, émotions, comportements et réactions physiologiques du patient ;</p> <p>- Mise en place d'un modèle fonctionnel ; Identification et transformation de pensées dysfonctionnelle ou irrationnelles sur le harcèlement</p> <p>- Mise en place de jeu de rôle autour du harcèlement moral ou de situation de conflit, entre les membres du groupe pour apprendre à dominer ces situations à l'aide d'action</p> <p>- Conclusion autour d'une perspective sur l'avenir professionnel</p>
<p>Bagheri T. et al. The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. Ann Burns Fire Disasters. sept 2019(18)</p>	<p>1h30 à 2h</p>	<p>Séance 1 : informations sur l'interaction des processus physiologiques, cognitifs et comportementaux Séance 2 : travail sur les événements et leur réponse émotionnelle : événement déclencheur, croyance ou pensée négative, résultats émotionnels Séance 3 : travail des théories cognitives de la dépression, anxiété et colère. Se familiariser avec les pensées positives, identifier les distorsions cognitives importantes Séance 4 : les participants prennent conscience que leurs réflexions et leurs émotions ont des conséquences sur leur comportement</p>

		<p>Séance 5 : Nature des schémas (croyances centrales, pensées, attitudes inefficaces) et relation avec les pensées positives</p> <p>Séances 6 : acceptation que les croyances sont volatiles et changent au fil du temps</p> <p>Séance 7 : comprendre que les croyances peuvent être évaluées selon certains critères ; et que chaque individu utilise un ensemble de croyances qui peuvent être cohérentes et compatibles avec les croyances d'autres individus</p> <p>Séance 8 : analyse logique des croyances afin de les remettre en question</p> <p>Séance 9 : opposition aux croyances négatives</p> <p>Séance 10 : apprentissage de méthodes cognitivo--comportementales pour poursuivre seul le travail</p> <p>Entre les séances : prescriptions de travail personnel</p>
<p>Carter PA, Dyer KA, Mikan SQ. Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: testing the feasibility of an intervention. Oncol Nurs Forum. sept 2013 (24)</p>	1h	<p>TCC axée sur le sommeil, 2 séances</p> <p>Thérapie cognitive : aider l'infirmière à formaliser sa pensée et sentiment sur le sommeil et les performances de sommeil (durée, causes)</p> <p>Contrôle des stimuli, conseils et hygiène de sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - se coucher uniquement lorsque la fatigue est ressentie - n'utiliser la chambre que pour dormir ou faire l'amour - éviter les siestes ; faire de l'exercice 5-6h avant le coucher ; minimiser le bruit, la lumière, la chaleur excessive <p>Techniques de relaxation : relaxation musculaire progressive, méditation pour réduire l'éveil cognitif, les pensées intrusives</p>
<p>Mori M, et al. A Web-Based Training Program Using Cognitive Behavioral Therapy to Alleviate Psychological Distress Among Employees: Randomized Controlled Pilot Trial. JMIR Res Protoc. 2 déc 2014 (19)</p> <p>Kimura R, Mori M, et al. Effect of a brief training program based on cognitive behavioral therapy in improving work performance: A randomized controlled trial. J Occup Health. 2015(20)</p>	2h à 2h30 puis 30min	<p>Les 2 études utilisent un protocole similaire</p> <p>TCC de groupe puis individuelle en autonomie, aidé d'un site internet</p> <p>Séance unique de 120-150min :</p> <ul style="list-style-type: none"> - apprentissage du principe de la TCC à travers des exemples pratiques - technique de résolution de problèmes, technique de restructuration cognitive <p>- présentation et explication des colonnes de Beck:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- situations où le patient se sent stressé, sentiments et comportements 2- pensées automatiques et analyse de ces pensées 3- pensées adaptatives, changement de pensées et de comportement <p>Ces 3 colonnes seront remplies par le patient seul, dans le mois suivant, à partir des situations de stress au travail.</p> <p>Le programme sur internet permet aux participants d'obtenir des outils afin de remplir les colonnes de Beck ; ils peuvent être aidés par une infirmière formée à la TCC ou un expert par mail</p> <p>http://www.cbtjp.net/</p> <p>Le remplissage prend 30min et doit être réalisé 2 ou 3 fois dans le mois suivant l'intervention de groupe. Il peut être fait au travail, ou à domicile.</p>

<p>Kojima R, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial. Ind Health. 2010;48(4):495-502 (21)</p>	<p>3h puis mails</p>	<p>Séance unique de 3h en groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> - apprentissage des bases de la TCC ; relations, cognition, humeur, comportement, pensées automatiques - auto-vérification des schémas de pensée - formation au remplissage des colonnes de Beck appliquée à des situations de stress en lien avec le travail ; les participants remplissent une première feuille qu'ils présentent au groupe. <p>- 3 sessions personnelles par e-mail :</p> <p>Mail 1 . Envoyé à la fin de la séance de groupe : résumé de la session de groupe ; procédure de remplissage des colonnes de Beck. Le participant doit renvoyer dans un délai d'une semaine les colonnes remplies. Le mail contient en pièce jointe des exemples de feuille.</p> <p>Mail 2 . J7-J10 Debriefing et commentaires sur le remplissage de la feuille et aide pour le remplissage des suivantes. Le participant doit renvoyer une feuille dans la semaine suivante</p> <p>Mail 3. J14 à J20 près le 2° mail : nouveau debriefing sur les feuilles, ressources bibliographique et internet pour poursuivre seuls la TCC</p>
<p>DeVente W, et al. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial (27)</p>	<p>2h</p>	<p>1 groupe de patient suit une TCC de groupe, et l'autre une TCC individuelle mais structure identique des interventions</p> <p>12 séances réparties en 5 volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychoéducation, autoévaluation des facteurs de stress, style de vie et techniques de relaxation : recherche d'éléments du mode de vie pouvant majorer le stress (tabac, alcool, mauvaises habitudes de sommeil...) - restructuration cognitive : identifier les schéma de pensées et croyances négatives, et les remplacer par des schémas positifs - gestion du temps et établissement d'objectifs à court et long terme - affirmation de soi : apprendre à refuser une demande et gestion des conflits, utilisation de jeux de rôle. - évaluation et prévention des rechutes
<p>Dike IC, Onyishi CN, Adimora DE, Ugodulunwa CA, Adama GN, Ugwu GC, et al. Yoga complemented cognitive behavioral therapy on job burnout among teachers of children with autism spectrum disorders. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 4 juin 2021 (28)</p>	<p>2h</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Séances de TCC suivi d'une séance de Yoga de 40 minutes pour diminuer les symptômes d'épuisement professionnel et sortir de la spirale des pensées négatives - Modèle ABCDE <p>12 séances</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. introduction à la TCC 2. création d'une liste de problème et identification des facteurs de stress professionnel. Introduction du Yoga en fin de séance. Chaque séance suivante sera suivie d'une séance de Yoga 3. identifier et contredire les croyances irrationnelles et distorsions cognitives 4. et 5. Remplacer les croyances irrationnelles associées aux expériences professionnelles et remplacement par des croyances rationnelles. Lier les facteurs de stress aux croyances irrationnelles. 6. et 7. : développement des capacités d'autoévaluation des patients via la TCC. Apprentissage de nouvelles techniques de Yoga traditionnelles ; exercices de posture, respiration, méditation. 8. et 9. Développement des compétences de résolution de problèmes, gestion du stress, travail dans des conditions saines. 10. et 11. Bilan des capacités acquises et de leurs effets ; discuter de l'applications à l'avenir 12. Conclusion, partages des améliorations perçus par chaque participant.

<p>Grensman A, et al Effect of traditional yoga, mindfulness–based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout (15)</p>		<p>3 types intervention : Yoga, TCC pendant 20 semaines</p> <p>Dans les 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - établissement de tableaux d’activités quotidienne la veille pour le lendemain pour aider à planifier la journée. Auto-analyse du déroulé réel de la journée le soir, et analyse des tableaux en group de lors de la séance suivante ; - planification et exécution de micro-pauses pour aider les patients à comprendre leurs ressentis dans la journée <p>Yoga : variante de l’Ashtanga Yoga : mouvements de posture doux, exercices de respiration et de méditation</p> <p>MBCT : thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Enseigner la pleine conscience : reconnaître ses propres sensations corporelles ; identifier et modifier les fausses croyances, les émotions négatives, planification de journées satisfaisantes ... avec devoirs à réaliser pour la semaine suivante.</p> <p>TCC : travail de restructuration cognitive, identification de facteurs de stress, gestion du stress et outils pour le réduire le stress du quotidien, protocole pour les pensées négatives.</p> <p>Chaque séance est thématisée et articulée en 3 temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formulation d’un programme de travail pour le groupe - période de relaxation - réflexions sur la séance précédente
<p>Bailey AK, et al Psychoeducational Group Intervention for Nurses: Rationale, Theoretical Framework, and Development. J Am Psychiatr Nurses Assoc. juin 2021(25)</p>	<p>1h30</p>	<p>Séance 1 : présentation du protocole RICE ; moteurs et symptômes du burn-out ; travail sur la pleine-conscience</p> <p>Séance 2 : Résilience. Définition ; évaluation du stress ; stratégies d’adaptation ;</p> <p>Séance 3 : Insight (perception). Définition ; conscience cognitive ; travail sur les émotions</p> <p>Séance 4 et 5 : autocompassion : la compassion dans les soins infirmiers ; fatigue induite et traumatisme secondaire ; introduction aux compétences d’autocompassion ; combattre la dévaluation de soi et l’autocritique ; auto-validation</p> <p>Séance 6 et 7 : Empowerment (autonomisation) : autonomisation personnelle, son impact et ses limites ; impuissance apprise ; image de soi</p> <p>Séance 8 : synthèse</p>

Tableau 4 : déroulement des séances

VII. ANNEXE 2 : MBSR par téléphone

Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. J Workplace Behav Health. 1 avr 2013 (33)

A. Pays et population

- Etats-Unis (Minnesota)
- infirmière de la région travaillant dans une entreprise

B. Type d'étude

- étude pré/post intervention
- 36 patients
- protocole original proposant la **MBSR par téléconférence de groupe (téléphone)** : une retraite d'une journée au début et à la fin du programme ; 6 téléconférences de groupe par téléphone, 1x/semaine ; CD guidé et cahier d'exercice
- Mesure à T0, M+2 et M+4 avec l'échelle de stress perçu ; le CBI (Copenhagen Burout Inventory) ; HRQoL ; brief serenity scale ; échelle de Jefferson de l'empathie des médecins ; échelle d'autocompassions

C. Déroulement des séances

MBSR par téléphone pendant 1h30

- Séance en présentiel au début du programme
- 6 séances par téléphone
- contact par e-mail avec l'instructeur entre les séances, soutien personnalité
- Retraite en présentiel à la fin du programme

Contenu des séances basé sur un protocole MBSR habituel :

- un enseignement guidé des pratiques de méditation de pleine conscience
- une discussion de groupe facilitée
- des étirements doux et du yoga,
- travaux quotidiens et devoirs à domicile, et l'accès à un enseignement et à un soutien personnalisé

D. Résultats

- amélioration significative du stress perçu, de la sérénité, de l'empathie, de l'autocompassion
- régression significative de l'épuisement personnel, professionnel et avec le patient.
- amélioration significative de l'état de santé général et santé mentale

VIII. Bibliographie

1. Molinier P, Flottes A. Travail et santé mentale : approches cliniques. *Trav Empl.* 15 mars 2012;(94 p.):51-66.
2. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 2001. 16(5):501-10.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* avr 1981;2(2):99-113.
4. Article L1152-1 - Code du travail - Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006900818/
5. Leymann H. *Mobbing : la persécution au travail, traduction française.* Seuil. 1996.
6. Hirigoyen MF. Le harcèlement dans l'entreprise. *Hors Collect Soc.* 2003;55-89.
7. Hirigoyen MF. La souffrance au travail et les pathologies émergentes. *Inf Psychiatr.* 2008;Volume 84(9):821-6.
8. Hirigoyen M-F. *Le Harcèlement moral : la violence perverse au quotidien.* La découverte. 1998.
9. Article 169 - Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale - Légifrance.
10. Mental health in the workplace. [cité 24 oct 2021]; Disponible sur: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/yaws/diagnosis-and-treatment/mental-health-and-substances-use>
11. Reme SE, Grasdahl AL, Løvvik C, Lie SA, Øverland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med.* 1 oct 2015;72(10):745-52.
12. Collège national des universitaires en psychiatrie, éditeur. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* In: 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. p. 268-75.
13. Hvenegaard M, Moeller SB, Poulsen S, Gondan M, Grafton B, Austin SF, et al. Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychol Med.* janv 2020;50(1):11-9.
14. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):39-44.

15. Grensman A, Acharya BD, Wändell P, Nilsson GH, Falkenberg T, Sundin Ö, et al. Effect of traditional yoga, mindfulness–based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complement Altern Med*. 6 mars 2018;18:80.
16. Corbière M, Lachance JP, Jean-Baptiste F, Hache-Labelle C, Riopel G, Lecomte T. Healthy Minds: Group Cognitive-Behavioral Intervention for Sustainable Return to Work After a Sick Leave Due to Depression. *J Occup Rehabil*. 19 juill 2021;1-10.
17. Schwickerath J, Riedel H, Kneip V. Le harcèlement moral sur le lieu de travail: fondements et thérapie cognitivo-comportementale des maladies psychosomatiques liées au harcèlement moral dans le milieu hospitalier. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 sept 2006;16(3):108-12.
18. Bagheri T, M.J. Fatemi, H. Payandan, A. Skandari, et M. Momeni. The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. *Ann Burns Fire Disasters*. sept 2019;32(3):184-9.
19. Mori M, Tajima M, Kimura R, Sasaki N, Somemura H, Ito Y, et al. A Web-Based Training Program Using Cognitive Behavioral Therapy to Alleviate Psychological Distress Among Employees: Randomized Controlled Pilot Trial. *JMIR Res Protoc*. 2 déc 2014;3(4):e3629.
20. Kimura R, Mori M, Tajima M, Somemura H, Sasaki N, Yamamoto M, et al. Effect of a brief training program based on cognitive behavioral therapy in improving work performance: A randomized controlled trial. *J Occup Health*. 2015;57(2):169-78.
21. Kojima R, Fujisawa D, Tajima M, Shibaoka M, Kakinuma M, Shima S, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial. *Ind Health*. 2010;48(4):495-502.
22. Le Borgne M, Boudoukha AH, Petit A, Roquelaure Y. Évaluation de l'efficacité d'une thérapie comportementale et cognitive (TCC) de groupe auprès de patients souffrant de lombalgies chroniques liées au travail. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 sept 2016;26(3):131-8.
23. Ito D et al. A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for Japanese Workers. *Behav Cogn Psychother*. juin 2018;47:1-6.
24. Carter PA, Dyer KA, Mikan SQ. Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: testing the feasibility of an intervention. *Oncol Nurs Forum*. sept 2013;40(5):E368-373.
25. Bailey AK, Sawyer AT, Robinson PS. A Psychoeducational Group Intervention for Nurses: Rationale, Theoretical Framework, and Development. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 22 juin 2021;10783903211001116.
26. Schiller H, Söderström M, Lekander M, Rajaleid K, Kecklund G. A randomized controlled intervention of workplace-based group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Int Arch Occup Environ Health*. mai 2018;91(4):413-24.

27. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG, Blonk RWB. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* juill 2008;13(3):214-31.
28. Dike IC, Onyishi CN, Adimora DE, Ugodulunwa CA, Adama GN, Ugwu GC, et al. Yoga complemented cognitive behavioral therapy on job burnout among teachers of children with autism spectrum disorders. *Medicine (Baltimore).* 4 juin 2021;100(22):e25801.
29. Shapiro S, Astin J, Bishop S, Cordova M. *Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial.* 2005;
30. Michael L. *Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice.* 2^e éd. John Wiley & Sons; 2007. 410 p.
31. Hente E, Sears R, Cotton S, Pallerla H, Siracusa C, Filigno SS, et al. A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *J Pediatr.* 1 sept 2020;224:87-93.e1.
32. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2014;174(4):527-33.
33. Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *J Workplace Behav Health.* 1 avr 2013;28(2):107-33.

Vu, le Directeur de Thèse



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours, le**

BERNARD Nicolas

45 pages – 4 tableaux – 1 figure

Résumé :

La souffrance psychique au travail est un motif de recours de plus en plus fréquent en soins premiers. Les TCC sont parmi les interventions de référence pour les prises en charges psychosociales. Une prise en charge groupale permettrait de mettre en commun les expériences des patients dans un contexte de pénurie de professionnels formés aux TCC. L'objectif de ce travail était de réaliser une revue systématique des articles traitant de la TCC de groupe dans le cadre de la souffrance psychique au travail. Six bases de données, Pubmed, PsychInfo, ScienceDirect, CAIRN, Lissa et Google Scholar ont été interrogées, complétées par une recherche manuelle. Sur les 11593 titres analysés, 14 articles ont été retenus. Les bases des interventions de groupe sont similaires à une intervention individuelle, avec un recours facilité aux jeux de rôles. Les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie, des relations sociales au travail, un retour au travail plus rapide ou un maintien au travail plus durable, et une diminution des syndromes anxiodépressifs. Le faible nombre d'études et leur hétérogénéité ne permet pas de généraliser ces résultats. Nous émettons toutefois l'hypothèse de l'efficacité des TCC groupe ; et d'une efficacité équivalente des approches groupales comparées aux approches individuelles dans la souffrance au travail. Des études complémentaires seront nécessaires pour confirmer ces hypothèses et pour mettre en place ce genre de prise en charge.

Mots clés : Thérapie cognitive, TCC, psychothérapie de groupe, épuisement psychologique, burnout, lieu de travail, reprise du travail

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Membres du Jury : Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT

Professeur Emmanuel GYAN

Directeurs de thèse: Docteur Alice PERRAIN

Docteur Pierre-Yves SARRON

Date de soutenance : 11 octobre 2022