

Une intervention cognitive comportementale de groupe pour prévenir les rechutes chez les employés en processus de retour au travail à la suite d'une dépression : protocole et faisabilité

Tania Lecomte^a

Marc Corbière^b

■ **RÉSUMÉ** La dépression est une des causes d'absence maladie (ou arrêt maladie) les plus fréquentes en milieu organisationnel. Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs individuels, organisationnels, et ceux relatifs aux interventions qui peuvent prédire le retour au travail des personnes ayant vécu une dépression. Toutefois, peu d'études s'intéressent à la prévention des rechutes de dépression à la suite d'un retour au travail, alors que plus de la moitié des personnes ayant vécu une première dépression est à risque de faire une rechute dans un délai assez court.

Objectif Cet article présente le protocole de recherche relatif à une intervention de groupe novatrice, d'orientation cognitive comportementale, en vue d'optimiser la santé mentale des employés lors de leur retour au travail et ainsi diminuer d'éventuelles rechutes. Nous visons aussi à présenter la faisabilité de cette approche.

Méthode L'étude consiste en un essai pilote randomisé avec groupe contrôle dont la moitié des participants ($n = 25$) suit l'intervention de groupe et l'autre moitié ($n = 25$) reçoit les services/interventions usuels. Les bases théoriques et empiriques

-
- a. Professeur titulaire du Département de psychologie, Université de Montréal – Chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM).
 - b. Professeur titulaire du Département d'éducation et pédagogie – Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal – Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) – Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'IUSMM.

Santé mentale au Québec, 2017, XLII, n° 2, 87-103

soutenant l'intervention proposée ainsi qu'une description de l'intervention et des objectifs de l'étude sont ici présentées.

Résultats Nous décrivons succinctement les propos tenus par les participants des deux premières cohortes concernant leur appréciation à l'égard de l'intervention de groupe.

Conclusion Enfin, les retombées d'une telle intervention seront aussi évoquées.

MOTS CLÉS dépression, retour au travail, prévention des rechutes, thérapie cognitive comportementale de groupe

A Group Cognitive-Behavioural Intervention to Prevent Depression Relapse in Individuals Having Recently Returned to Work: Protocol and Feasibility

ABSTRACT Workplace depression is one of the major causes for sick leave and loss of productivity at work. Many studies have investigated factors predicting return to work for people with depression, including studies evaluating return to work programs and organizational factors. Yet, a paucity of studies have targeted the prevention of depressive relapses at work, even though more than half of those having had a depression will have a depressive relapse in the near future.

Objectives This article describes a research protocol involving a novel group intervention based on cognitive behavioural principles with the aim to optimize return to work and diminish risk of depressive relapses.

Method This pilot study follows a randomized controlled trial design, with half the participants (N=25) receiving the group intervention and the other half (N=25) receiving usual services. The theoretical and empirical underpinnings of the intervention are described, along with a detailed presentation of the intervention and of the study's objectives. The group intervention consists of 8 sessions whereby Cognitive behavioural therapy (CBT) principles and techniques are applied to the following themes: (1) Coping with stress at work; (2) Recognizing and modifying my dysfunctional beliefs linked to work; (3) Overcoming obstacles linked to work functioning and maintaining work; (4) Negotiating needed work adjustments with the support of the immediate supervisor; (5) Finding my strengths and competencies related to work; (6) Accepting criticism and asserting myself appropriately at work; (7) Uncovering my best coping strategies for work.

Results Qualitative information pertaining to the first two cohorts' participants' subjective appreciation of the group experience revealed that the intervention was perceived as very useful by all, with group support, namely harmony and interpersonal support, as well as CBT strategies being mentioned specifically.

Conclusion Finally, the potential relevance of the group intervention will be brought forward.

KEYWORDS depression, return to work, relapse prevention, group cognitive behaviour therapy

Introduction

Le coût annuel lié aux soins de la santé et à la perte de productivité dans les pays occidentaux dus aux troubles mentaux équivaut à plusieurs dizaines de milliards de dollars^{1,2}, autour de 51 milliards de dollars au Canada³. La prévalence de la dépression majeure est évaluée entre 2 et 7 % selon les études canadiennes, australiennes et hollandaises^{4,5}. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait d'ailleurs prédit que la dépression serait en 2020 l'une des causes principales d'invalidité, tout groupe d'âge confondu⁶. On estime qu'entre 30 % et 60 % des coûts liés à la dépression majeure sont attribuables à la perte de productivité au travail⁷⁻⁹. En effet, plus de 50 % des travailleurs qui s'absentent de leur travail pour des causes de troubles mentaux courants restent absents pendant plusieurs mois ou encore ne reviennent jamais au travail⁹. En ce sens, il faut savoir que la perte de productivité est liée non seulement à l'absentéisme de l'employé qui vit l'expérience de la dépression, mais elle est aussi inhérente au présentéisme, c'est-à-dire lorsque la personne est présente au travail sans effectuer un travail optimal, dont la cause principale est la plupart du temps la présence de symptômes dépressifs de nature cognitive, affective et somatique. Il est aussi important de souligner que 50 % des personnes ayant vécu un épisode de dépression majeure vont en vivre au moins un deuxième au courant de leur vie, alors que ceux ayant vécu deux épisodes de dépression sont à risque à plus de 80 % d'en vivre de nouveaux¹⁰. Au-delà des retombées économiques relatives à la dépression, il est important de souligner que les personnes qui en sont atteintes et qui ne peuvent reprendre leur activité professionnelle sont sujettes à une détérioration de leur santé et une perte de leur identité professionnelle, sans compter tous les aspects délétères afférents. Dans le cadre de cet article, nous souhaitons focaliser notre intérêt sur la prévention des rechutes d'employés qui ont fait l'expérience d'une dépression, en mettant en relief les études qui ont été menées en ce sens, pour enfin proposer les bases d'une intervention fondée sur les principes de la thérapie cognitive comportementale.

Parmi les études qui ciblent le retour et le maintien au travail de personnes ayant vécu une dépression majeure ou d'autres troubles mentaux courants, plusieurs se sont attardées aux attitudes des supérieurs immédiats, démontrant que l'adoption d'attitudes d'ouverture et de non-stigmatisation de cet acteur clé de l'organisation favorise la reprise du travail ou encore le maintien au travail^{3,11-13}. D'autres auteurs

ont plutôt investigué la mise en place d'aménagements ou d'accommodements de travail, suggérant que certains soutiens pouvaient faciliter le retour au travail^{12,13} et le maintien en emploi¹⁴. Enfin, plusieurs études rapportent l'efficacité de certains principes clés comme la concertation des acteurs impliqués dans le retour au travail de personnes aux prises avec une dépression¹⁵ ou encore les composantes liées aux programmes du retour au travail^{16,17}.

Bien qu'il existe plusieurs programmes de retour au travail pour faciliter en général la reprise professionnelle de personnes aux prises avec un trouble mental courant^{17,18}, à notre connaissance, rares sont ceux qui ciblent en particulier la prévention de la rechute de dépression auprès d'employés qui ont repris leur activité professionnelle. Comme les rechutes de dépression représentent une cible thérapeutique importante, il nous semble donc nécessaire de mieux comprendre les facteurs de risque qui y sont associés.

Parmi les facteurs de risque connus et documentés dans la revue de littérature de Burcusa et Iacono¹⁹, les rechutes de dépression, en général, ne seraient ni liées au genre ni au statut socioéconomique, mais davantage à la sévérité des symptômes lors de l'épisode dépressif et à la présence d'idées suicidaires en particulier. De plus, les troubles concomitants, tels que l'anxiété et l'abus de substance (drogue et alcool), augmenteraient aussi le risque de rechutes. Cette revue de littérature souligne par ailleurs l'importance des cognitions négatives, telles que les pensées négatives et dysfonctionnelles, ainsi que les biais cognitifs dépressogènes, comme prédicteurs de la rechute de dépression¹⁹.

Les biais cognitifs proviennent d'événements négatifs que la personne a pu vivre dans le passé. En l'occurrence, les personnes ayant fait l'expérience d'une dépression majeure et qui retournent au travail ont souvent des croyances en lien avec leur milieu du travail. Celles-ci peuvent s'avérer réelles (croyances réalistes), comme elles peuvent être erronées, car basées sur des craintes ou perceptions et non sur des faits concrets actuels (biais cognitifs). Plus précisément, ces croyances peuvent être liées à leurs propres habiletés en tant que travailleur ou encore à leur environnement de travail²⁰. Plusieurs études ont documenté les croyances et les biais cognitifs souvent présents chez les personnes ayant des symptômes dépressifs, pouvant être liés à eux-mêmes ou aux autres, et comment ces pensées irrationnelles peuvent affecter leur façon d'analyser l'information. Nous constatons par exemple que l'estime de soi de certaines personnes demeure affaiblie lors du retour au travail, avec comme conséquences de se sentir plus

vulnérables et jugées avec parfois une forme d'internalisation des attitudes stigmatisantes des collègues. Ainsi, la personne peut devenir convaincue qu'elle est trop fragile, inapte au travail ou incapable de faire face aux attentes organisationnelles. Certains biais cognitifs parfois persistent suite à une dépression, ou encore peuvent revenir avant que la personne fasse l'objet d'une rechute. Le tableau 1 présente quelques-uns de ces biais.

TABLEAU 1

Biais cognitifs liés à la dépression

Biais cognitifs	Exemples
Surgénéralisation	La plus petite erreur commise par la personne est interprétée/perçue comme la preuve que la personne est incapable d'effectuer la tâche.
Catastrophisation	Un évènement anodin (ex. un retard) est interprété par la personne comme quelque chose de terrible (ex. mon patron va me licencier).
Personnalisation	La personne s'attribue personnellement la faute et se blâme pour tout, même des événements hors de son contrôle.
Inférence arbitraire (sauter aux conclusions)	La personne arrive à une conclusion pour laquelle elle n'a pas obtenu suffisamment d'information ou de preuves.
Abstraction sélective	La personne se concentre uniquement sur l'information qui appuie sa perception ou son humeur (ex. juste remarquer les choses tristes) et par ailleurs minimise l'information qui est contraire à sa croyance.

Afin d'éviter les rechutes de dépression en milieu de travail et de maintenir le bien-être et la productivité au travail, les personnes ayant vécu une dépression devraient bénéficier d'une part, d'un accueil de la part du collectif de travail et d'aménagements au travail lors de leur retour au travail¹⁷. D'autre part, ces mêmes personnes auraient l'avantage de participer à des interventions qui visent la réduction des biais cognitifs et l'adoption de nouvelles stratégies d'adaptation pour, au final, surmonter certains obstacles liés au retour au travail²¹. Une stratégie d'adaptation pour un travailleur qui vit l'expérience d'une dépression pourrait être, par exemple, de faire de la résolution de problèmes plutôt que d'agir de manière émotive ou impulsive. L'on pourrait aussi penser à des stratégies de gestion du stress, comme la respiration en pleine conscience (c'est-à-dire en se concentrant sur ses sens et sur sa respiration, et non sur ses pensées), ou la consultation

d'une personne de confiance lorsqu'on doute de l'analyse d'une situation en particulier. Dans l'essentiel, les personnes ayant vécu un épisode de dépression majeure peuvent appréhender leur retour au travail dans l'expectative d'un échec prochain, interpréter les critiques (même constructives) des collègues de travail comme des indices d'incapacité à reprendre leur activité de travail. Sans négliger la nécessité d'un milieu de travail soutenant, il est important de comprendre que ces croyances peuvent faire en sorte que les personnes vont affronter de manière pessimiste les éventuelles difficultés rencontrées lors de leur retour au travail, ou encore percevoir ces obstacles comme insurmontables.

Les approches cognitives comportementales destinées aux personnes ayant vécu une dépression permettent de cibler ces types de croyances et de développer de meilleures stratégies d'adaptation. Les approches de groupe en particulier ont l'avantage de normaliser l'expérience de la dépression, de diminuer la stigmatisation liée au trouble mental, ainsi que d'offrir un lieu de partage de stratégies d'adaptation. Celles-ci permettent d'éviter l'isolement et de créer un réseau de soutien²². Ainsi, les personnes dans un contexte de groupe se sentent non seulement moins seules et anormales, mais bénéficient aussi d'un lieu d'apprentissage interpersonnel où leurs stratégies personnelles peuvent être jugées utiles par les autres et où les expériences et suggestions des autres peuvent leur apporter du soutien ainsi qu'un nouvel éclairage sur leur situation. À ce jour et à notre connaissance, aucune étude n'a vérifié l'impact de ce type d'approche – cognitive comportementale de groupe – sur la rechute de dépression en contexte d'emploi. En fait, une revue de littérature récente portant sur les interventions offertes pour prévenir la rechute de dépression n'a recensé que trois études empiriques de qualité. Aucune d'entre elles ne proposait une intervention de groupe d'approche Thérapie Cognitive Comportementale (TCC)²³.

La thérapie cognitive comportementale (TCC)

La TCC initialement développée par A. T. Beck pour traiter la dépression²⁴ est aujourd'hui offerte pour plusieurs autres troubles mentaux, tels que les troubles anxieux, les problèmes de toxicomanie et les troubles psychotiques. L'approche de la TCC tient son efficacité à la modification des pensées et croyances non adaptées, en questionnant les preuves soutenant les croyances dysfonctionnelles, en encourageant l'automonitoring des pensées et en modifiant les comportements inadaptés. La TCC vise à aider les personnes à mieux comprendre le lien

entre une situation, leurs pensées et leurs comportements et émotions. Ainsi, la TCC repose sur la prémisse qu'en modifiant les pensées irrationnelles, on modifie les symptômes et problèmes de dysfonctionnement. Bien que la TCC soit reconnue pour ses techniques cognitives et comportementales, elle n'est toutefois efficace que dans un contexte de confiance, où une alliance thérapeutique est bien établie entre le client et le thérapeute ou lorsqu'une cohésion s'est développée entre les différents membres participant à une intervention de groupe²⁵.

Le modèle simplifié le plus utilisé en TCC est celui des A-B-C (en anglais) ou de la T-C-C en français. Le premier A (*Antecedent*) correspond au Tableau de la situation, c'est-à-dire ce qui se passe de manière objective. Le B (*Belief*) décrit les Croyances ou pensées qui surviennent à la suite d'une situation, alors que le C (*Consequence*) renvoie aux Conséquences (émotions et comportements) qui découlent des Croyances. La TCC permet ainsi de réaliser qu'une même situation peut entraîner différentes croyances et ainsi se traduire en divers résultats ou conséquences. Les participants de la TCC apprennent à générer plusieurs explications alternatives pour décrire une situation donnée, et ce, grâce au questionnement socratique ou à la recherche de faits observables. Les individus ayant une dépression peuvent alors réaliser que leurs croyances sont moins crédibles, notamment lorsqu'ils sont incapables de trouver des preuves tangibles pour les appuyer. De plus, ils apprennent à ne pas sauter aux conclusions de manière hâtive et à prendre le temps de considérer, voire de prendre en note, leurs pensées avant d'agir. Chaque personne explore et découvre les stratégies d'adaptation les plus efficaces pour gérer ses propres symptômes de dépression et son stress. Quoique la plupart des études portant sur la TCC se soient intéressées aux symptômes primaires (ex. la dépression) comme résultante du traitement, il est important de mentionner que la TCC a comme but d'aider les personnes avec une multitude de difficultés, telles que le stress, l'anxiété, une estime de soi fragilisée ou des difficultés interpersonnelles²⁶.

S'étant appuyée sur les résultats de plusieurs essais randomisés et méta-analyses, l'American psychiatric association (APA) recommande la TCC comme traitement de choix pour les personnes vivant un épisode de dépression²⁷⁻³⁰, soit comme traitement unique soit comme traitement concomitant à la pharmacothérapie. Selon une méta-analyse de Fournier et coll. en 2010, les antidépresseurs ne sont efficaces que pour les cas de dépression très sévères et n'ont pas d'effets supérieurs à la situation « placebo » pour les dépressions légères ou modérées. En

ce qui concerne les symptômes chroniques de la dépression, une étude suggère que la TCC et les antidépresseurs auraient des effets similaires (tailles d'effet moyenne à large)³¹, alors que d'autres études indiquent que l'effet combiné de la TCC à des antidépresseurs est supérieur à l'un ou l'autre des traitements pris exclusivement, en particulier pour les personnes ayant vécu une dépression sévère³².

La TCC a aussi été utilisée dans le cadre de programmes de retour au travail de personnes en congé maladie pour cause de dépression. Les études portant sur les programmes de retour au travail utilisant la TCC présentent des taux de retour au travail supérieurs aux programmes usuels (sans TCC) et aux programmes proposant une intervention alternative, notamment lorsque la TCC focalise son approche sur le travail en l'occurrence¹⁸. De plus, une étude récente réalisée auprès d'une clientèle avec des troubles mentaux graves (incluant des personnes avec une dépression majeure) ayant perdu leur lien d'emploi avec le marché du travail ordinaire montre des résultats prometteurs pour ce qui est des variables liées au travail comme le maintien en emploi³³. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'utilisation de la TCC après le retour au travail, afin d'éviter une rechute éventuelle et aucune à notre connaissance avec le format de groupe.

Ayant plusieurs années d'expérience dans le développement d'interventions psychosociales^{34,35}, notre équipe a créé une intervention TCC de groupe focalisée sur le travail, visant plus particulièrement le maintien au travail d'employés en processus de retour au travail à la suite d'une dépression. Cette intervention, présentement sous étude, s'est inspirée en grande partie de l'intervention TCC de groupe conçue pour les personnes avec un trouble mental grave en processus de réintégration au travail et inscrites dans un programme de soutien à l'emploi³³. Des outils et exemples spécifiques ont été toutefois développés pour les employés qui ont récemment repris leur travail à la suite d'un épisode de dépression majeure, s'intéressant, entre autres, aux accommodements nécessaires pour chaque personne, ou encore les obstacles spécifiques rencontrés au sein du milieu de travail de chacun. L'objectif principal de cet article est d'offrir une description du protocole de recherche et de l'intervention TCC de groupe destinée aux employés qui se sont absentés de leur travail à cause d'une dépression ainsi que de présenter brièvement des éléments suggérant la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention.

Objectif et hypothèses

L'étude en cours vise à déterminer l'impact d'une intervention TCC de groupe sur le maintien au travail de personnes ayant vécu un arrêt de travail dû à un épisode de dépression. L'étude s'intéresse aussi à déterminer l'impact de l'intervention sur le présentéisme, l'absentéisme, ainsi que sur les symptômes dépressifs et le bien-être au travail.

Les trois hypothèses sous-jacentes à cette étude sont les suivantes : 1) Lorsque comparés aux personnes du groupe contrôle (intervention usuelle), les participants de l'intervention TCC de groupe présenteront un taux de rechute inférieure (nombre et durée des rechutes); 2) Les participants de l'intervention cognitive comportementale de groupe auront moins de journées d'absence liées à la dépression et significativement moins de présentéisme (c'est-à-dire ils seront plus performants) que les participants n'ayant pas reçu l'intervention (groupe contrôle); et 3) Les participants de l'intervention cognitive comportementale de groupe présenteront dans le temps (suivi post-intervention et 6 mois plus tard), une amélioration de leur bien-être au travail alors que cet effet ne sera pas observable chez les personnes n'ayant pas reçu l'intervention de groupe TCC.

Méthode

Le protocole de recherche est celui d'une étude pilote suivant un devis randomisé avec groupe contrôle standard. Les participants répondent à des questionnaires et entrevues à différents moments : niveau de base (T0), deux mois plus tard (correspondant à la période post-intervention) (T1), ainsi que six mois plus tard (T2). Les participants sont randomisés de manière aléatoire par cohorte afin de faire partie soit du groupe « intervention cognitive comportementale de groupe » ($n = 25$) soit du groupe « sans intervention cognitive comportementale de groupe » ($n = 25$).

Participants

Les participants sont recrutés à partir des directeurs de programmes de retour au travail ou encore de professionnels de la santé (ex. psychologues) qui suivent une clientèle avec une dépression ou un autre trouble mental courant. Les critères d'inclusion sont : 1) avoir reçu un diagnostic de dépression majeure dans la dernière année – le diagnostic

est vérifié à l'aide de l'entrevue semi-structurée SCID³⁶; et 2) être de retour au travail (temps partiel ou temps plein) depuis moins de trois mois. Les critères d'exclusion sont : 1) ne pas pouvoir communiquer en français ou en anglais; 2) avoir un trouble organique ou un retard intellectuel diagnostiqué; et 3) avoir reçu une intervention cognitive comportementale de groupe dans la dernière année. L'abus de substance ou un trouble concomitant (ex. anxiété) ne sont pas des critères d'exclusion sachant toutefois que l'absence maladie doit être relative à la dépression. Au total, 50 participants provenant de différentes organisations localisées au Québec sont ciblés, 25 dans chaque groupe. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique et de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

L'intervention cognitive comportementale de groupe

Les participants recevant l'intervention cognitive comportementale de groupe se rencontrent une fois par semaine pendant 8 semaines, à raison de 90 minutes par rencontre. Chaque participant se voit offrir, dès la première rencontre, un manuel d'intervention comprenant le contenu de chaque rencontre ainsi que des exercices pratiques à effectuer à la maison. Chaque rencontre comprenant un thème unique et animé par deux cothérapeutes (un homme et une femme), réunit entre 4 et 6 participants. Une formation et une supervision de la part des chercheurs ayant développé l'intervention sont préconisées afin d'assurer une fidélité de l'application du protocole de l'intervention. La formation est d'une durée d'une journée complète, précédée de lectures, alors que la supervision implique de faire le groupe avec un des thérapeutes ayant développé l'intervention et de recevoir une rétroaction hebdomadaire. Les thérapeutes ayant fait le groupe avec un des chercheurs peuvent par la suite faire d'autres groupes avec d'autres cothérapeutes, mais toujours avec une supervision hebdomadaire.

Le tableau 2 décrit le titre et contenu de chaque rencontre. À l'exception de la première et dernière rencontre qui visent à introduire ou clôturer l'intervention, le déroulement des autres sessions est similaire. On débute par un retour sur l'exercice pratique fait à la maison (s'il y a lieu) concernant la session précédente et, par la suite, le nouveau thème de la rencontre avec quelques informations didactiques est présenté. Des discussions avec le groupe et des applications concrètes personnelles, relatives au thème abordé s'ensuivent. Les éléments jugés pertinents par chaque participant sont rapportés dans leur manuel

TABLEAU 2
Contenu de l'intervention groupale TCC

Séances	Titre des thèmes	Contenu des thèmes
1	Composer avec le stress au travail	- Reconnaître le stress, ses effets sur le corps, les pensées et les émotions; - Reconnaître le stress au travail, selon les différentes étapes du retour au travail (première journée, etc.); - Partager des stratégies pour gérer le stress au travail avec les autres participants du groupe.
2	Reconnaître mes croyances/pensées vis-à-vis du travail	- Apprendre les notions fondamentales de la TCC; - Comprendre l'impact des croyances négatives ou dysfonctionnelles sur les émotions et comportements au travail.
3	Voir les choses différemment au travail	- Apprendre à s'arrêter pour réfléchir et ne pas agir trop rapidement; - Obtenir des faits et trouver des pensées alternatives.
4	Surmonter les obstacles liés à mon retour au travail	- Identifier les obstacles personnels et psychosociaux qui peuvent entraver le retour et le maintien en emploi; - Partager les stratégies et les moyens pour surmonter ces obstacles avec les autres participants du groupe.
5	Négocier des aménagements de travail et faire face à la stigmatisation	- Comprendre les avantages et inconvénients de la divulgation du trouble mental au travail (discrimination et stigmatisation); - Apprendre à demander des mesures d'aménagements (quoi, comment, quand, qui et où ?)
6	Composer avec les remarques qui nous sont faites au travail	- Utiliser les techniques TCC apprises pour composer avec les remarques (gestion du stress, modèle TCC, vérifier les faits, ne pas sauter aux conclusions, reconnaître ses forces); - Mettre en place des jeux de rôle pour pratiquer une affirmation de soi adéquate.
7	Mes forces et compétences liées au travail	- Comprendre l'impact d'attributions personnelles négatives sur soi; - Reconnaître ses forces et compétences personnelles avec l'aide des membres du groupe.
8	Mettre en place mes meilleures stratégies pour faciliter mon retour au travail durable et en santé	- Retour sur les stratégies d'adaptation ou de gestion qui fonctionnent le mieux pour chaque personne selon le stress, les symptômes, l'humeur ou les croyances vis-à-vis du travail; - Révision du module d'intervention : ce qui a été apprécié, appris, buts à rencontrer dans le futur.

d'intervention. Un retour sur le thème de la rencontre clôt la session avec une présentation de l'exercice pratique à faire à la maison.

Ce format d'intervention cognitive comportementale de groupe a été validé dans plusieurs études²⁵ et a l'avantage de permettre un apprentissage qui implique des relations interpersonnelles intensives, tout en offrant des outils concrets et un manuel, permettant ainsi la rétention des informations véhiculées pendant les rencontres.

Mesures

Les mesures présentées ci-dessous sont administrées aux différents temps de mesure, sauf le questionnaire sur les variables sociodémographiques (seulement au T0) et les questions ouvertes qui portent sur la satisfaction de l'intervention cognitive comportementale de groupe (au T1).

La version canadienne du PSR toolkit³⁷ permet de décrire les participants sur les aspects sociodémographiques, leurs antécédents en santé mentale et l'abus de substances (drogues, alcool) s'il y a lieu. Le diagnostic de dépression est confirmé par le biais de l'entrevue semi-structurée SCID³⁶, et le nombre d'épisodes de dépression total au cours de leur vie est aussi répertorié. Afin de déterminer si le participant a eu des rechutes de dépression, les changements symptomatiques de dépression évaluée par le Beck Depression Inventory-II (BDI-II)³⁸ sont également pris en compte. Le BDI-II comprend 21 items mesurant des symptômes liés à la dépression (tristesse, manque d'énergie, fatigue, etc.). Puisque la dépression s'exprime aussi par des biais cognitifs, ceux-ci sont mesurés avec la version francophone du Cognitive Bias Questionnaire (CBQ)³⁹. Ce questionnaire de 30 items présente des situations de la vie quotidienne auxquelles une personne pourrait faire face, avec trois choix de réponses qui reflètent ce que la personne pourrait penser vis-à-vis de cette situation. Le CBQ permet de mesurer cinq types de biais cognitifs : l'« intentionnalisation » (ou biais d'attribution) ; la « catastrophisation » ; la pensée dichotomique ; l'inférence arbitraire ; et le raisonnement émotionnel. Les propriétés psychométriques sont satisfaisantes et l'instrument est disponible dans plusieurs langues³⁹.

Le présentéisme est mesuré par la version française du Work Role Functioning Questionnaire⁴⁰. Cet instrument comprend 27 énoncés mesurant l'impact des problèmes de santé (incluant la santé mentale) sur la performance au travail en fonction de la fréquence de difficultés à accomplir les tâches de travail dans le dernier mois. En ce qui concerne

l'évaluation de l'absentéisme, le nombre de journées d'absence maladie déclarées par le participant et relatives à la dépression est pris en compte. Le nombre de journées de travail et d'heures effectuées par jour est aussi documenté tout le long de la participation à l'étude. Le bien-être au travail est mesuré avec le Work Well-being Questionnaire⁴¹. Ce questionnaire autorapporté de 31 énoncés permet de mesurer quatre domaines : la satisfaction au travail ; le respect perçu de la part de l'organisation ; l'attention du supérieur immédiat ou de l'employeur ; et l'intrusion du travail dans la vie privée (domaine négatif). L'ensemble de ces questionnaires est administré aux deux groupes de l'étude, ceux participant à l'intervention cognitive comportementale de groupe et ceux au groupe contrôle standard.

Afin de mesurer la faisabilité de l'étude, en particulier d'offrir une intervention de TCC de groupe de 8 rencontres aux personnes ayant vécu une dépression et étant récemment retournées au travail, nous nous sommes basés sur la participation aux sessions (nombre de rencontres sur 8) ainsi que sur les réponses au questionnaire de satisfaction face à l'intervention. Pour les deux premières cohortes, la moyenne de participation était de 6,5 rencontres (sur 8). Les participants de l'intervention cognitive comportementale de groupe étaient invités à répondre à un questionnaire de satisfaction concernant l'intervention qu'ils avaient reçue. Les questions ouvertes visaient à évaluer leur satisfaction, mais aussi ce qui avait été moins apprécié, et leurs suggestions pour l'amélioration de l'intervention. Quoique les résultats ne sont pas encore disponibles, les informations recueillies à partir des deux premières cohortes quant à l'appréciation de l'intervention de groupe étaient les suivantes : toutes mentionnaient avoir apprécié le groupe, l'harmonie et le respect qui y régnaient, la compréhension des autres ainsi que le regard des animateurs. Les participantes ont aussi apprécié les « trucs » issus de la TCC. Aucun élément négatif n'a été soulevé, à part chez une personne qui percevait les jeux de rôle comme la source d'un inconfort. À la question « Est-ce que votre situation au travail a changé depuis le début des rencontres ? », les participantes mentionnaient un changement dans leur façon de voir les choses, dans leurs comportements, et dans leur capacité à prendre du recul et à se sentir outillées pour faire face à d'éventuels problèmes au travail. Toutes sans exception recommandaient de suivre l'intervention de groupe à d'autres personnes en processus de retour au travail à la suite d'une dépression.

Pertinence de l'étude et conclusion

Cet article a permis de décrire le protocole d'une étude pilote en cours qui porte sur l'évaluation d'une intervention cognitive comportementale de groupe destinée aux personnes qui retournent à leur poste de travail à la suite d'une absence maladie due à une dépression. Cette étude vise à offrir des données préliminaires sur l'éventuelle efficacité de cette intervention pour prévenir les rechutes de dépression. Cette intervention offre plusieurs avantages. De nature brève (8 sessions hebdomadaires consécutives), elle est conçue sous la forme d'un manuel d'intervention semi-structuré, basé sur le modèle de la TCC ayant fait ses preuves auprès de personnes souffrant de dépression. D'autre part, cette intervention peut outiller les personnes directement concernées et les aider dans le processus de retour au travail en vue de prévenir les rechutes, en utilisant notamment des stratégies de gestion du stress et des symptômes dépressifs afin de surmonter les éventuelles difficultés rencontrées lors du retour au travail. Nous ne cesserons pas de réitérer toutefois qu'il est crucial que des changements sur le plan de l'environnement de travail (ex. aménagements de travail, procédures organisationnelles structurées et humaines) soient implémentés pour optimiser le maintien au travail des personnes ayant vécu une dépression. Bien que ce projet pilote soit à l'aube de sa réalisation, les deux premières cohortes permettent d'attester la faisabilité et l'appréciation de cette intervention par la clientèle ciblée. De plus, cette étude va permettre de mieux comprendre la contribution des processus cognitifs (c'est-à-dire les biais cognitifs et croyances irrationnelles) dans une éventuelle rechute de dépression. Cette étude est la première étape requise avant d'implanter un essai randomisé contrôlé à plus grand déploiement.

RÉFÉRENCES

- ¹ Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28.
- ² Andlin-Sobocki, P., Bengt Jönsson, P. et Wittche, H. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 1-27.
- ³ Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C. et Bonato, S. (2016). Employer Best Practice Guidelines for the Return to Work of Workers on Mental Disorder-Related Disability Leave A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 176-185. doi: 10.1177/0706743716632515

- ⁴ Birnbaum, H. G., Kessler, R. C., Kelley, D., Ben-Hamadi, R., Joish, V. N. et Greenberg, P. E. (2010). Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. *Depression and Anxiety*, 27(1), 78-89.
- ⁵ Wang, J., Adair, C. E. et Patten, S. B. (2006). Mental health and related disability among workers: a population-based study. *American Journal of Industrial Medicine*, 49, 514-522.
- ⁶ World Health Organization. (2005). Mental health policies and programmes in the workplace. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.
- ⁷ Dewa, C. S., Corbière, M., Durand, M.-J. et Hensel, J. (2013). Challenges related to mental health in the workplace. In R. J. Gatchel et I. Z. Schultz (Eds.), *Handbook of occupational health and wellness* (pp. 105-131). New York, NY: Springer.
- ⁸ Greenberg, P. E., Leong, S. A., Birnbaum, H. G. et Robinson, R. L. (2003). The economic burden of depression with painful symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64.
- ⁹ Stephens, T. et Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- ¹⁰ American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Text Revision - Fourth ed.). Washington, DC: auteur.
- ¹¹ Johnston, V., Way, K., Long, M., Wyatt, M., Gibson, L. et Shaw, W. (2015). Supervisor Competencies for Supporting Return to Work: A Mixed-Methods Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 3-17. doi: 10.1007/s10926-014-9511-z
- ¹² Muijzer, A., Brouwer, S., Geertzen, J. H. et Groothoff, J. W. (2012). Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC Public Health*, 12(1), 103. doi: 10.1186/1471-2458-12-103
- ¹³ de Vries, G., Koeter, M. W., Nabitz, U., Hees, H. L. et Schene, A. H. (2012). Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1017-1026. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.035
- ¹⁴ Corbière, M., Negrini, A. et Dewa, C. S. (2013). Mental health problems and mental disorders - Linked determinants to work participation and work functioning. In P. Loisel & J. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 267-289). New York, NY: Springer.
- ¹⁵ Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M. F., Negrini, A., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. doi: 10.1007/s10926-014-9542-5
- ¹⁶ Tuulio-Henriksson, A. et Autti-Rämö, I. (2013). 1400 – Rehabilitation may be helpful in maintaining ability to work among depressive adults. *European Psychiatry*, 28, 1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76440-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76440-X)

- 17 Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinhartz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 48(4), 579-589.
- 18 Corbière, M. et Shen, J. (2006). A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 261-288.
- 19 Burcusa, S. L. et Iacono, W. G. (2007). Risk for Recurrence in Depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.005
- 20 Sallis, A. et Birkin, R. (2014). Experiences of work and sickness absence in employees with depression: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 469-483. doi: 10.1007/s10926-013-9481-6
- 21 Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., . . . Lachance, J.-P. (in press). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27, 329-341. doi: 10.1007/s10926-016-9661-2
- 22 McEvoy, P. M., Burgess, M. M. et Nathan, P. (2014). The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy. *Journal of Affective Disorders*, 157, 25-32. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.038
- 23 Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. et McMillan, D. (2015). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76(21), 3.
- 24 Beck, A. T., Rush, A. J. et Shaw, B. F. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- 25 Lecomte, T. et Wykes, T. (2016). *Group CBT for Psychosis: A Guidebook for Clinicians*. New York, NY: Oxford University Press.
- 26 Lecomte, T. et Leclerc, C. (2007). Implementing Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Issues and Solutions. (*The Journal of the Norwegian Psychological Association*) *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(5), 588-597
- 27 Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., . . . Twisk, J. W. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041-1050.
- 28 Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A. K., Barocka, A., Schlosser, R., . . . Hautzinger, M. (2013). Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 170(6), 624-632. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060734
- 29 Thoma, N. C., McKay, D., Gerber, A. J., Milrod, B. L., Edwards, A. R. et Kocsis, J. H. (2012). A quality-based review of randomized controlled trials of cogni-

- tive-behavioral therapy for depression: an assessment and metaregression. *The American Journal of Psychiatry*, 169(1), 22-30. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030433
- ³⁰ Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. et van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922. doi: 10.1037/a0013075
- ³¹ Vos, T., Haby, M. M., Barendregt, J. J., Kruijsaar, M., Corry, J. et Andrews, G. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1097-1103.
- ³² Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W. et Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117, S15-S25.
- ³³ Lecomte, T., Corbière, M. et Lysaker, P. H. (2014). A group cognitive behavioral intervention for people registered in supported employment programs: CBT-SE. *L'Encéphale*, 40 Suppl 2, S81-90. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.005
- ³⁴ Lecomte, T., Garcia-Ortega, I., Jackson, K., Jackson, K., Mian, I. et Norman, R. (in press). CPA Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth.
- ³⁵ Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J. et Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875. doi: 10.1097/NMD.0b013e31818ee231
- ³⁶ First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition With Psychotic Screen (SCID-I/P W/PSY SCREEN). New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- ³⁷ Arns, P. (1998). Canadian Version of the PSR Toolkit: Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs.
- ³⁸ Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory—Second Edition Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- ³⁹ Ballageer, T., Malla, A., Manchanda, R., Takhar, J. et Haricharan, R. (2005). Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(8), 782-789. doi: 10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea
- ⁴⁰ Amick III, B. C., Lerner, D., Rogers, W. H., Rooney, T. et Katz, J. N. (2000). A review of health-related work outcome measures and their uses, and recommended measures. *Spine*, 25(24), 3152-3160.
- ⁴¹ Parker, G. B. et Hyett, M. P. (2011). Measurement of well-being in the workplace: the development of the work well-being questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 394-397. doi: 10.1097/NMD.0b013e31821cd3b9