

L'APPROCHE TCC EN FORMATION SUR LA GESTION DU STRESS PROFESSIONNEL EST-ELLE
RÉELLEMENT EFFICACE ?

par Linda TULK

Introduction

Alors qu'il y a quelques décennies, l'expression était à peine utilisée, il est rare aujourd'hui qu'une journée s'écoule sans que le thème du stress soit abordé dans les médias ou dans le quotidien des entreprises. Facteurs de stress ou risques psychosociaux, santé psychologique, souffrance au travail, épuisement professionnel, burnout font partie d'un vocabulaire de plus en plus utilisé et qui traduit la prépondérance croissante de la question du stress professionnel. En ce début de millénaire, les problèmes de santé psychologique au travail se situent de plus en plus dans la liste des principaux enjeux organisationnels, voire socioéconomiques. Les gouvernements et les organisations prennent conscience des coûts directs et indirects engendrés par les problèmes de santé psychologique au travail. Aux États-Unis, les coûts liés au stress professionnel dépassent 65 milliards de dollars alors que pour l'Union européenne, on estime ce coût à plus de 20 milliards d'euros (Hemp, 2004). En France, le coût du stress est estimé entre 2 et 3 milliards d'euros (INRS, 2010). L'ampleur socioéconomique du problème a d'ailleurs incité le gouvernement français à demander un rapport sur l'état des lieux (Nasse et Légeron, 2008) ainsi qu'à légiférer, obligeant de ce fait les entreprises à procéder à l'évaluation des risques de santé physique et mentale des salariés; évaluation dont les résultats sont conservés dans un document unique de prévention (document unique, articles L 230-2 et R 230-1 du Code du Travail).

Pourtant, le stress demeure une manifestation naturelle qui, dans sa dimension physiologique, assure depuis toujours la survie de l'individu. Selon une perspective biologique, le stress est « *la réaction de l'organisme face aux modifications, contraintes et menaces de l'environnement, en vue de s'y adapter* » (Traduction libre, Hans Selye). Le stress a donc toujours existé; toutefois, ses causes et ses manifestations se sont modifiées. L'ère postindustrielle se distingue d'une part, par la disparition des facteurs de protection tels que le soutien social et la présence de valeurs collectives (Brun, 2010), et d'autre part, par le cumul d'une diversité de stressseurs auxquels est constamment confronté l'individu : les courriels sans relâche, la surabondance d'information à traiter, les exigences de performance dans toutes les sphères de vie, les changements incessants, pour ne nommer que quelques facteurs. Le stress d'aujourd'hui se caractérise donc principalement par la répétition (chronicité) et la

multitude de stressseurs, d'intensité variable, ce qui rend la problématique plus complexe et par conséquent, les solutions plus difficiles à cerner.

Une définition résolument contemporaine du stress, à résonance psychosociale, fait mention du déséquilibre perçu entre les exigences de l'environnement et les ressources personnelles : « le stress provient du déséquilibre entre la perception de l'individu des contraintes et des exigences que lui impose son environnement et la perception de ses propres ressources pour y faire face (Accord national interprofessionnel sur le stress au travail, 2008). Le stress relève donc en partie d'une perception propre à l'individu, d'où l'inutilité de tenter de l'aborder de manière totalement rationnelle et objective. La question n'est donc plus de savoir si le stress ressenti par les individus est légitime ou non, si les facteurs de stress sont plus nombreux maintenant que par le passé, s'ils sont plus intenses dans notre environnement qu'ailleurs, mais bien: comment y faire face?

En réponse à cette question, plusieurs organisations ont eu recours à des formations pour leurs managers et salariés dans le but de les outiller adéquatement pour qu'ils puissent faire face aux situations stressantes et mieux prévenir le stress. De telles initiatives organisationnelles dénotent d'ailleurs une prise de conscience grandissante de la responsabilité humaine des entreprises (Jones, 2003). Ces interventions formatives en gestion du stress (Stress Management Training) consistent habituellement en une activité ou programme, majoritairement didactique, initiée par l'organisation dans le but de réduire la présence de facteurs de stress ou d'habiliter les personnes afin de minimiser les effets négatifs du stress (Richardson et al., 2008). Selon l'approche privilégiée, les techniques enseignées dans ces programmes varient considérablement; elles peuvent prendre la forme de stratégies d'adaptation (coping) ou de techniques de résolution de problèmes, être plutôt centrées sur la communication interpersonnelle et l'affirmation de soi, la gestion des pensées négatives ou encore, la relaxation par des techniques d'exercices physiques, d'imagerie mentale ou simplement, de respiration.

Parmi les approches de formation couramment utilisées en gestion du stress, on retrouve les approches dérivées de la thérapie cognitive comportementale (TCC). La TCC s'est avérée un traitement efficace dans divers domaines, notamment, dans le traitement de désordres psychologiques, psychosomatiques, et somatiques, y compris la dépression et l'anxiété (Lipsey & Wilson, 1993), la gestion des douleurs chroniques (Morley, Eccleston & Williams,

1999), les syndromes de fatigue chronique (Whiting et al., 2001; Chalder et al., 2003), l'insomnie (Morin et al., 2006; Rybarczyk et al., 2005) et la réduction du stress chez les sujets en réhabilitation de troubles cardio-vasculaires (Casey et al., 2009; Ryden et al., 2009; Blumenthal et al., 2002).

Compte tenu de leur popularité, il est donc pertinent et intéressant de vérifier si les approches dérivées de la TCC, et utilisées dans plusieurs programmes de formation en gestion du stress produisent des résultats concrets et durables. En d'autres mots : est-ce que ce type de formation fournit à l'individu des techniques adéquates et aisément applicables dans la vie professionnelle (et personnelle), pour permettre de contrer les effets du stress de façon suffisamment manifeste et bénéfique, et inciter la personne à persévérer dans leur utilisation ?

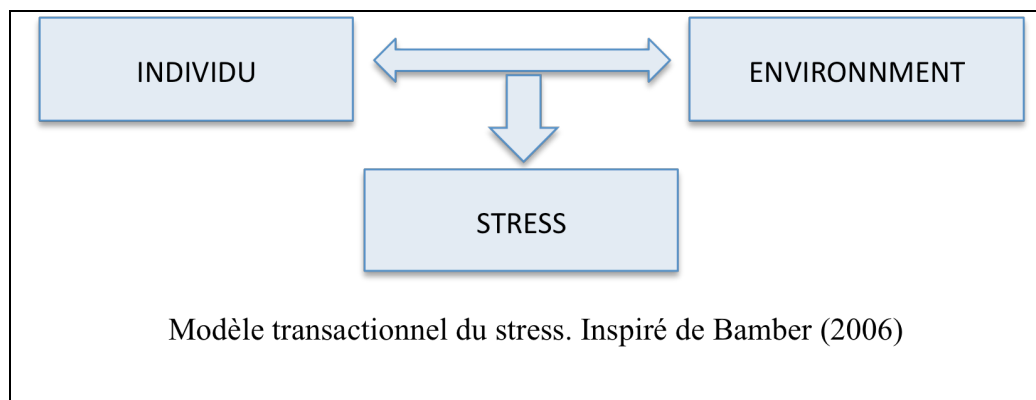
Définition de la TCC

La thérapie cognitive comportementale est une approche thérapeutique directive, structurée et limitée dans le temps. La thérapie cognitive comportementale est fondée sur un rationnel théorique qui postule que les attitudes, les émotions et les comportements de l'individu sont principalement déterminés par la façon dont celui-ci perçoit et structure mentalement son environnement (Bamber, 2006). Bien que les tendances innées de l'individu soient prises en compte, cette vision développementale accorde une place prédominante à l'apprentissage et à l'expérience pour appréhender l'environnement et former les attitudes (André, 1995). En ce sens, les propos d'André Gide expriment parfaitement les fondements thérapeutiques de cette approche : « L'expérience instruit plus sûrement que le conseil ».

La TCC s'inscrit donc dans une perspective psychoéducative utilisant les « devoirs » pour initier la mise en pratique des acquis. Les devoirs sont au cœur de cette approche afin de favoriser l'expérimentation. De plus, ils permettent d'ancrer la prise de conscience, tout comme l'évaluation des résultats et la rétroaction du thérapeute, sur des faits probants (Bamber, 2006). Les devoirs peuvent prendre la forme d'un travail dirigé sur les pensées stressantes, des exercices visant le développement ou la réduction d'un comportement spécifique ou la tenue d'un journal de bord permettant de noter la fréquence d'un comportement ciblé. En outre, la TCC s'appuie sur l'utilisation fréquente du questionnement socratique pour favoriser la prise de conscience et l'auto-évaluation. La TCC peut intégrer diverses stratégies d'adaptation cognitive et comportementale : la restructuration cognitive, la pensée positive, l'affirmation de soi, la

résolution de problèmes, la gestion du temps, le développement d'habiletés sociales, l'adoption de saines habitudes de vie et la relaxation (Bamber, 2006).

L'utilisation de la TCC en gestion du stress découle généralement d'une posture transactionnelle, soit une conception du stress qui implique tout autant la personne que son environnement (Gardner et al., 2005). En effet, les modèles transactionnels du stress (Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkman, 1984) postulent que la réaction au stress soit fonction de la façon dont l'individu perçoit et réagit aux situations contextuelles plutôt qu'une réaction purement intrinsèque. Ce postulat met en évidence le rôle central du processus cognitif et des stratégies d'adaptation comportementales (Bamber, 2006).



Bref regard sur les méta-analyses et revues critiques

L'exploration de la littérature scientifique sur le sujet (voir section *Méthode*) a permis de répertorier six méta-analyses ou revues critiques concernant l'efficacité des interventions en gestion du stress professionnel. Ces méta-analyses apportent des pistes de réflexion sans toutefois créer un consensus quant à l'évidence de la supériorité d'une approche ou d'une efficacité avérée dans le temps.

Richardson et Rothstein (2008) ont réalisé une méta-analyse visant à déterminer l'efficacité des interventions de gestion du stress en milieu de travail. Ces auteurs ont rassemblé et synthétisé 36 études expérimentales, représentant 55 interventions et totalisant 2,847 participants. Les études retenues dans cette méta-analyse regroupent des interventions catégorisées par les auteurs sous les étiquettes suivantes : « cognitives comportementales », « de relaxation », « centrées sur l'organisation » et enfin, « alternatives » (c'est-à-dire toutes celles

qu'on ne peut classer dans les catégories précédemment citées). Les interventions dites « multimodales » représentent une combinaison de plusieurs techniques issues de diverses approches théoriques incluant, la plupart du temps, une composante cognitive ou la relaxation. Les auteurs sont cependant peu explicites sur les critères utilisés pour catégoriser les interventions retenues pour l'étude et leur catégorisation donne l'impression que les interventions cognitives-comportementales et les interventions multimodales se juxtaposent fréquemment. Vingt études (56%) évaluent des interventions qui incluent des techniques issues de l'approche cognitive-comportementale, mais la majorité d'entre elles (13) sont catégorisées « multimodales », parce que ces interventions intègrent aussi d'autres techniques de gestion du stress issues qui ne sont pas spécifiquement associées à une approche cognitive-comportementale (gestion du temps, gestion par objectif, soutien social, gestion de la colère, méditation, etc.).

Les résultats de la méta-analyse de Richardson et Rothstein (2008) accordent une efficacité prédominante aux interventions de type « cognitive-comportementale », comparées aux autres types d'interventions, incluant les interventions multimodales. Les résultats tendent aussi à démontrer que les interventions centrées sur une seule composante sont plus efficaces que les interventions qui cumulent plusieurs composantes comme c'est le cas pour les interventions multimodales. Les auteurs expliquent ce dernier résultat en alléguant que les interventions centrées sur une seule composante (par exemple, une composante cognitive-comportementale), comportent déjà un niveau appréciable de complexité que les participants doivent apprendre à maîtriser, généralement dans un mode de formation intensive et dans un laps de temps restreint. Dans un tel contexte, l'ajout de techniques supplémentaires ne ferait que diluer le potentiel des participants à intégrer les concepts et à maîtriser les techniques enseignées. Ces constats contredisent les résultats obtenus par Murphy (1996) qui suggèrent au contraire que les interventions utilisant une combinaison de techniques sont généralement plus efficaces que les interventions utilisant une seule technique. Toutefois, dans la revue critique de Murphy (1996), seulement 30 % des études analysées incluaient des mesures de suivi post-formation, ce qui nuit à la robustesse des résultats observés. Murphy (1996) appuie par ailleurs l'idée soutenue par Edward et Burnard (2003) à l'effet que l'évaluation d'efficacité associée aux interventions en gestion du stress soit principalement tributaire de la mesure utilisée, ce qui explique en partie la variabilité observée.

Richardson et Rothstein (2008) observent aussi que les interventions de relaxation sont celles étant les plus souvent utilisées, en accord avec les constats de Bellarosa et Chen (1997), sans toutefois ressortir comme étant les plus efficaces. Par ailleurs, leur analyse démontre que les interventions centrées sur l'organisation continuent d'être rares (Bellarosa & Chen, 1997) et semblent sans effet significatif (Van der Klink et al., 2001).

Sommairement, la méta-analyse de Richardson et Rothstein (2008) supporte l'efficacité des interventions cognitives comportementales en gestion du stress professionnel, sans pour autant conclure à une absence d'efficacité des autres approches. De fait, ces résultats suggèrent plutôt que l'approche d'intervention choisie n'a pas nécessairement d'effet direct, mais module plutôt le niveau d'efficacité de l'intervention. Par contre, l'analyse du rôle modérateur de variables additionnelles, comme la durée du traitement, n'indique aucune variation des effets observés tel qu'antérieurement constaté par Van der Klink et ses collaborateurs (2001). Richardson et Rothstein (2008) soulignent que les interventions de plus longues durées ne semblent pas plus efficaces. En outre, aucune information ne semble avoir été recueillie quant à la pérennité des effets des interventions étudiées.

De façon générale, les résultats de la méta-analyse de Richardson et Rothstein (2008) convergent avec ceux de Van der Klink et ses collaborateurs (2001), ces derniers ayant aussi conclu à un effet modéré et significatif des interventions cognitives comportementales. La méta-analyse de Van der Klink et ses collaborateurs (2001) démontre toutefois que les interventions multimodales s'avèrent efficaces alors qu'un effet plus faible a été observé pour les techniques de relaxation.

En définitive, ces deux méta-analyses (Richardson & Rothstein, 2008; Van der Klink et al., 2001) suggèrent que les interventions en gestion du stress sont efficaces, et particulièrement les interventions cognitives comportementales, contredisant sur ce point les conclusions de Murphy (1996).

Enfin, l'étude de Bellarosa et Chen (1997) apporte une contribution distincte aux constats précédents puisqu'elle s'appuie sur l'évaluation de 96 spécialistes en gestion du stress, aux États-Unis et au Canada, ayant conduit eux-mêmes plusieurs interventions en la matière. Ces experts ont évalué 6 types d'intervention en gestion du stress professionnel (approches centrées sur la santé physique, sur la restructuration cognitive, sur la méditation, la relaxation,

l'affirmation de soi et l'inoculation du stress), en fonction de leur efficacité et de leur côté pratique. Plus précisément, la notion d'efficacité est définie en termes d'atteinte des objectifs établis au niveau individuel ou organisationnel suivant des mesures spécifiques (par exemple, réduction de tension artérielle, réduction des symptômes somatiques ou augmentation de la productivité. Le caractère pratique se rapporte aux caractéristiques qui justifient généralement le choix d'un type d'intervention en gestion du stress par l'organisation. Ces caractéristiques incluent le niveau d'expertise exigée du formateur, le coût de concevoir et de mettre en application l'intervention, la durée de période de formation, la faisabilité d'intégrer l'intervention dans des programmes de formation existants, et le succès passé de l'intervention, les effets à long terme et les préférences du management. Selon ces experts, la restructuration cognitive a été ciblée comme une des interventions les plus souvent employées, mais elle n'a toutefois pas été considérée comme l'intervention la plus efficace, ni la plus pratique. La relaxation a été évaluée globalement comme l'intervention la plus pratique, alors que la méditation et l'approche axée sur l'inoculation ont été jugées les moins pratiques. L'approche par la santé physique a été identifiée comme étant la plus efficace, alors que la méditation s'avère d'une efficacité mineure. Cette évaluation d'experts suggère par ailleurs que la durée des effets (effets à long terme) soit le facteur le plus important en termes d'efficacité et, par conséquent, un des plus importants à considérer dans le choix des interventions.

En résumé, bien que l'efficacité des interventions en gestion du stress professionnel ait fait l'objet de plusieurs études, il semble difficile jusqu'à maintenant de dégager un consensus et de conclure à une pérennité des effets bénéfiques. Les sources de stress au travail, la façon de mesurer le stress et ses impacts potentiels sont bien connues : le défi demeure l'évaluation de l'impact des interventions qui tentent de modérer ou réduire les facteurs de stress.

La présente analyse poursuit un double objectif. Le but premier est de comparer des interventions utilisant une approche dérivée de la TCC avec celles utilisant d'autres approches. En d'autres termes, cet exercice vise à réactualiser les constats des revues de littérature antérieures. En second lieu, cette revue tente d'identifier les facteurs qui favorisent le succès des interventions démontrant une efficacité probante.

Méthode

La revue des articles scientifiques cible spécifiquement les études ayant mesuré l'efficacité des interventions pour gérer le stress en milieu organisationnel. Le recensement des écrits scientifiques sur les formations en gestion du stress (Stress Management Training - SMT) a permis d'identifier 130 articles distincts, dont 28 satisfaisaient aux critères d'inclusion : population active, au travail, études incluant une évaluation rigoureuse de l'efficacité des programmes ou des formations (de préférence : approche quasi expérimentale référant à un groupe contrôle), contexte de travail suffisamment généralisable, accessibilité des documents (les articles sont privilégiés) et articles dont l'année de publication est supérieure à 1990. Les études, publiées entre 1990 et 2010, ont été répertoriées dans les bases de données suivantes : PsycINFO, PsycArticles, Business Source Premier, ERIC et MEDLINE (EBESCO). Afin d'assurer un maximum d'exhaustivité des études portant sur ce thème, plusieurs itérations ont été effectuées en combinant les mots clés suivants : Cognitive AND Behavioral / Therapy / Stress Management / Occupational or Workplace Stress / Training or Teaching or Program or Intervention / Evaluation or Assessment / Effectiveness or Efficacy or Efficiency / Meta-analysis or Literature Review.

Les 29 études correspondant aux critères de sélection couvrent 2 méta-analyses, 3 revues de littérature, 1 revue d'experts, et 23 études analysant des interventions basées sur la TCC ou incluant une composante principale dérivée de la TCC. De plus, 12 études basées sur des approches alternatives (approches sans composante signifiante issue de la TCC) ont également été sélectionnées pour fin comparative. Pour cette recherche complémentaire, les mots clés suivants ont été utilisés : Occupational or Workplace AND Stress Management / Training or Program or Intervention / Effectiveness or Efficacy or Efficiency.

Les 23 études retenues, basées principalement ou partiellement sur la TCC, sont réparties en trois groupes : 1) *Études qui présentent des interventions explicitement basées sur la TCC*; 2) *Études qui présentent des interventions intégrant une composante cognitive comportementale dominante*; 3) *Études qui présentent des interventions multimodales incluant une composante cognitive comportementale*. Le classement s'est effectué suivant la description de l'intervention (traitement) telle que fournie par les auteurs, bien qu'il soit souvent difficile de distinguer nettement les interventions étiquetées « TCC » de celles qui empruntent des notions de l'approche cognitive comportementale. Ainsi, les études regroupées dans le Tableau 1 sont celles pour lesquelles il est explicitement mentionné que l'intervention est inspirée de la TCC (en

anglais CBT, Cognitive Behavior Therapy). Les études regroupées dans le Tableau 2 sont celles qui, sans référer explicitement à la TCC, utilisent clairement des notions théoriques ainsi que des techniques dérivées de l'approche cognitive comportementale (approche éducationnelle axée sur l'acquisition de connaissance, sur les mécanismes psychologiques, les croyances et les attitudes, régulation des affects, techniques de restructuration cognitive et de résolution de problème, stratégies d'adaptation comportementale, etc.). Enfin les interventions dites multimodales (Tableau 3), sont celles qui utilisent une approche éclectique, englobant quelques notions théoriques et des pratiques diversifiées et supposément complémentaires : relaxation, affirmation de soi, stratégies d'adaptation aux situations de stress, promotion des saines habitudes de vie, restructuration cognitive, développement de compétences relationnelles, relaxation, soutien social, etc. (Richardson et al., 2008). À noter que les interventions multimodales retenues ont toutes une composante cognitive comportementale.

L'efficacité des interventions est essentiellement mesurée par les auteurs à partir de tests psychométriques. La majorité des études utilisent comme critère principal, le niveau de stress de l'individu ou sa santé psychologique. Plusieurs études utilisent une combinaison des deux. Ces critères sont cependant opérationnalisés différemment selon les auteurs puisque différents instruments de mesure sont utilisés. Ainsi, alors que plusieurs utilisent différentes échelles de mesure du stress (ex : Brunero et al., 2008; Rowe, 2006; Munz et al., 2001; Kalusa, 2000; Malkinson et al., 1997), d'autres mesurent l'épuisement professionnel (de Vente & Blonk, 2008; Kagan et al., 1995), ou la détresse (Gardner et al., 2005; Gardiner et al., 2004; McCraty et al., 2003). L'efficacité démontrée des interventions renvoie aux résultats statistiques attestant une différence significative entre les groupes comparés. Une efficacité partielle signifie que certaines mesures seulement, ou des sous-groupes spécifiques, attestent d'une différence significative.

Les trois tableaux suivants présentent une description sommaire de l'intervention, le nombre de participants (N), la durée du traitement, le nombre et les temps de mesures, les instruments de mesure utilisés ainsi que le constat d'efficacité de chacune des études basées principalement ou partiellement sur la TCC. Chacun des tableaux correspond à une des catégories précédemment décrites : Tableau 1) *Études explicitement basées sur la TCC*; Tableau 2) *Études basées sur une approche avec une composante cognitive dominante*; Tableau 3) *Études basées sur une approche multimodale incluant une composante cognitive*.

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 1 : Études explicitement basées sur la TCC						
Barkham & Shapiro. (1990)	n= 12 clients cliniques présentant des symptômes de dépression,	Programme basé sur l'approche "2+1" (2 sessions consécutives et une session 3 mois plus tard). Deux modes de thérapie sont présentés dans ce modèle : un programme cognitif comportemental et un programme orienté sur le « relationnel ».	2 sessions consécutives (1 / semaine) et 1 session 3 mois plus tard.	T1= avant T2= durant T3= après T4= 6	Symptômes dépressifs: Le "Beck Depression Inventory" (BDI) (Beck et al., 1961) et le " SCL-90R Symptom Checklist-90R" (Derogatis, 1983).	Oui
Brunero et al. (2008)	n= 18 (3 hommes et 15 femmes)	Atelier de travail interactif basé sur la TCC accompagné d'un manuel d'apprentissage incluant des exercices à compléter.	1 jour de formation + 1 jour de suivi	T1= avant T2= 6 semaines après.	Stress général (au travail, hors travail et dans l'ensemble): Le "Nurse Stress Scale (NSS)."	Oui
Cecil & Forman. (1990)	N= 54 professeurs de classe régulière.	Approche de formation d'inoculation du stress comparée à une approche basée sur le soutien social (collègues de travail). L'approche de formation d'inoculation du stress est une approche cognitive comportementale visant l'amélioration des habiletés d'adaptation aux situations de stress: (a) présentation du cadre théorique et conceptuel (phase d'éducation); (b) apprentissage de la relaxation et de la restructuration cognitive, et (c) mise en situation pratique utilisant les stratégies d'adaptation (phase d'application).	90 minutes par semaine durant 6 semaines.	T1= avant T2= après T3= 4 semaines après	Stress: 4 des 6 échelles du " Teacher Stress Inventory" (Fimian, 1984); 5 des 13 échelles du " Job Stress in the School Setting"(Petegrew & Wolf, 1982); Stratégie d'adaptation : Questionnaires autorapportés conçus par les auteurs. Anxiété: The Teacher Anxiety Observation Schedule (TAOS) (Coates & Anton, 1975).	Oui
de Vente & Blonk. (2008).	N= 41 employés en absence du travail pour maladie	Formation en gestion du stress (SMT) suivant l'approche TCC	12 sessions / 1 heure / semaine (thérapie individuel e) et 2 heures /semaine (groupe)	T1= début T2 4e mois, T3 =7e mois T4= 10e mois.	Épuisement professionnel : le « Maslach Burnout Inventory-General Survey - MBI- GS (Schaufeli & van Dierendonck, 2000); Fatigue : sous-échelle du « Checklist Individual Strength -CIS (Beurskens et al., 2000); Dépression, anxiété et stress : le « Depression, Anxiety, and Stress Scales – DASS (de Beurs, van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001). Absentéisme : questionnaire auto-rapporté; Satisfaction et efficacité perçue : questionnaire auto-rapporté	Partiellement

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 1 : Études explicitement basées sur la TCC (suite)						
Gardiner et al. (2004)	N = 85 généralistes (physiciens) de la région d'Australie (Australie).	Programme de formation basée sur l'approche cognitive comportementale	15 heures réparties sur 5 semaines.	T1 = avant T2 = après T3 = 12 semaines après	Santé psychologique: (désordres psychiatriques mineurs) : Le "General Health Questionnaire - GHQ Goldberg & Williams, 1978); Détresse liée au travail, valeurs liées au travail, qualité de vie et style d'adaptation lié aux situations de travail: 4 sous-échelles du "Queensland Public Agency Staff Survey - QPASS (Hart et al., 1996).	Partiellement
Gardner et al. (2005)	N= 101 employés d'un service de santé	1. Approche cognitive : axé sur les biais d'évaluation cognitive des situations 2. Approche comportementale : Stratégies d'adaptation en situation de stress.	3 ateliers d'une demi-journée (3.5 heures).	T1 = avant T2 = après T3 = 12 mois après	Santé psychologique: "The General Health Questionnaire - GHQ-12" (Goldberg, 1978); Style d'adaptation: "The Ways of Coping Scale" - WOC (Folkman & Lazarus, 1988); Appréhension des demandes: The Appraisal Questionnaire" développé par les auteurs selon Lazarus (1999) and Chesney et al. (1996) .	oui
Kalusa (2000)	N= 137 employés d'une entreprise pharmaceutique	Programme de formation basée sur une approche structurée cognitive comportementale, centrée principalement sur les stratégies d'adaptation.	12 sessions hebdomadaires de 90 minutes	T1 : avant T2 : après la formation	Dispositions d'adaptation: version courte du "German coping Questionnaire" (Kallus & Kazenwadel, 1993); Stress: Échelle de stress -version allemande- du "Fereiburger Personality Inventory -FPI (Fahrenberg et al, 1989); Bien-être: version allemande du "profile of Mood States - POMS (Mc Nair et al., 1971)	Partiellement
Malkinson et al. (1997)	N = 13 femmes, d'un département de production	Programme basé sur l'approche cognitive (Rational-Emotive-Behavioral Training - REBT).	6 sessions hebdomadaires de 3 heures.	T1 = avant T2 = après T3 = 12 mois après	Épuisement professionnel : Questionnaire (22 questions) développé par Kushnir et Melamed (1992)	oui

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 2 : Études basées sur une approche avec une composante cognitive dominante						
Bond et Bunce. (2000)	N= 85 employés du secteur financier	Deux programmes de formation de gestion du stress professionnel suivant la méthode 2 +1: Un programme centré sur le problème: "The Innovation Promotion Program (IPP) axé sur le changement de l'environnement (centré sur par l'identification des causes de stress et sur les actions innovantes de changements; Un programme centré sur l'émotion (The Acceptance and Commitment Therapy- ACT), axé sur le changement individuel (émotionnel) par l'acceptation des pensées et des émotions négatives et le recul favorisant l'amélioration des habiletés d'adaptation.	3 sessions de 3.25 h. 2 sessions hebdomadaires consécutives; 3e session 12 semaines plus tard.	T1= session 1 T2= session 2 T3= session 3 (12e semaine) T4= semaine 27	Pensées stressantes: le "Acceptance and Action Questionnaire - AAQ (Hayes, 1996); Attitudes: Le "Dysfunctional Attitude Survey - DAS (Weissman, 1979); Santé physique et psychologique: Le "General Health Questionnaire-12 - GHQ (Goldberg, 1978). Symptômes dépressifs: le "Beck Depression Inventory - BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961); Initiative de changements au travail : (réduction des stressseurs): Échelle de 5 questions développées aux fins de l'étude; Motivation au travail: "The Intrinsic job motivation" (Warr, Cook, & Wall, 1979).	Oui
Kushnir et al. (1995)	N = 23 professionnels de la santé de Tel-Aviv	Intervention mixte: a) formation en prévention et gestion du stress basée sur l'approche RET (Rational-Emotive Training) ; b) démarche organisationnelle consistant en la mise en œuvre et l'implantation d'un projet "terrain" de prévention primaire et secondaire du stress et de ses résultantes.	Portion individuelle: 3 heures par semaine durant 14 semaines	T1= avant T2= durant T3= après	Les habiletés psychosociales: The Psychological Medical Inventory (Ireton and Sherman, 1988). Les pensées irrationnelles: adaptation du Belief Inventory (Davis, 1982).	Oui
Maddi et al. (1998)	N = 54 gestionnaires d'une compagnie de services publics	Intervention visant à augmenter l'endurance psychologique (Hardiness) par des techniques de contrôle, de gestion et d'appréhension des situations de stress, afin de transformer les circonstances stressantes en expériences développementales (versus expériences éprouvantes ou débilitantes). Contenu des sessions: identification des situations de stress; sensibilisation aux sensations physiologiques, techniques d'adaptation au stress; restructuration cognitive et transformation des attitudes face aux situations de stress. Inclus des devoirs et une formation à la méditation et à la relaxation.	10 sessions d'une heure et demie à intervalle de 2 semaines.	T1= avant T2= 1 semaine après	Hardiness: le "Personal Views Survey" (Bartone, 1989; Maddi, 1987); Satisfaction au travail : " The measure of job satisfaction" (Maddi, 1987); Stress: Le "Hopkins Symptom Checklist" (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974); et "The Seriousness of Illness Survey" (Wyley, Masuda, & Holmes, 1968); Soutien social: 4 sous-échelles du "Perceived social support (Moos, 1979)	Oui

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 2 : Études basées sur une approche avec une composante cognitive dominante (suite)						
McCraty et al. (2003)	N = 18 employés démontrant des symptômes d'hypertension	Inner Quality Management (IQM). Programme incluant des techniques de concentration et de restructuration émotives pour, d'une part, réduire l'éveil sympathique de système nerveux et les affects négatifs, et d'autre part, pour augmenter les affects positifs et améliorer la performance et renforcer les habitudes positives en regard à la santé. Session optionnelle de suivi (2 heures, 8 semaines plus tard) pour révision des techniques et réponse aux questions.	16 heures (1 journée complète de 8 heures et 2 demi-journées de 4 heures) échelonnées sur 2 semaines. Session optionnelle de 2 heures	T1= avant T2= après 3 mois	Santé émotionnelle, fonctionnement psychosocial et performance au travail: le "Personal and Organizational Quality Assessment-POQA (Barrios-Choplin et Atkinson, 2000); Détresse psychologique: le "Brief Symptom Inventory -BSI Derogatis, 1993); Satisfaction au travail: questions des auteurs; Pression sanguine	Oui
Munz et al. (2001)	N = 55 représentants du service à la clientèle d'une compagnie de télécommunication.	Intervention mixte combinant : a) une formation sur l'autogestion du stress; b) une démarche organisationnelle de réduction des stressseurs en 4 étapes: (1) Identification des stressseurs liés au travail et leur importance relative; (2) Analyse des causes primaires de stress; (3) Identification et implantation des plans d'action; (4) Évaluation des actions.	12 heures sur 4 semaines soit 4 modules de 3 heures	T1= avant T2= après 3 mois	Stress: Le "Perceived Stress Survey (Cohen, Kamarack, & Mermelstein, 1983); Symptômes dépressifs: le " Center for Epidemiological Studies-Depression Scale" (Radloff, 1977); Affects: le " Positive and Negative Affect Schedule" (Watson, Clark, & Tellegen, 1988); Perception de l'environnement de travail: le "Work Assessment Survey" développé par les auteurs pour l'étude.	Oui
Nishiuchi et al. (2007)	N = 54 superviseurs d'une entreprise manufacturière de 300 employés	Programme éducationnel en gestion du stress axé sur les connaissances, les croyances, les attitudes et les comportements.	Session d'une demi-journée suivie de lectures personnelles et d'écoute	T1= avant T2= après 3 mois T3= après 6 mois	Questionnaire auto rapporté, développé par les auteurs, mesurant les connaissances, les attitudes et les comportements.	Partiellement

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 2 : Études basées sur une approche avec une composante cognitive dominante (suite)						
Rowe. (2006)	n = 108 travailleurs du domaine de la santé (59 femmes et 49 hommes).	Approches à court à long terme axées sur le changement comportemental (styles d'adaptation). Des sessions "d'actualisation" complètent la formation de base aux 5, 11, et 17e mois (groupes expérimentaux seulement).	6 sessions de 1,5 h / semaine). Sessions complètes aires aux 5, 11, et 17e mois.	T1: avant T2: Après T3: 5e mois T4: 11e mois T5: 17e mois	Stress: The Stress Assessment Inventory (SAI) développé à partir du "Hopkins Symptoms Checklist" (Derogatis et al., 1976). Hardiness: The assessment of personal hardiness was appraised using the 30-item Cognitive Hardiness Scale (CHS) (Nowack, 1989); Anxiété: The "State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983); Épuisement professionnel: The Maslach Burnout Inventory (MBI)(Maslach and Jackson, 1981, 1986); Styles d'adaptation: The Ways of Coping Scale (Nowack, 1990).	Partiellement
Searle (2008)	N = 44 étudiants (âge moyen = 27 ans)	2 interventions de gestion du stress visant le développement de stratégies centrées sur la résolution de problèmes et la modification des sources de stress. Un des programmes intègre un contenu additionnel sur une démarche "d'initiative personnelle" (PI) axée sur le développement de comportements proactifs.	2 sessions de 3 à 4 heures séparées par 1 semaine.	T1= avant T2 = semaine 7 T3= semaine 13	Comportement proactif: le "self-report scale(Frese et al. , 1997) was used as an indicator of personal initiative (PI-SR); mesures qualitatives - journal de bord; The scale consists of 7 items (e.g., "I actively attack problems"); Santé psychologique: : version courte du " General Health Questionnaire – GHQ 12 (Goldberg & Williams, 1988).	Oui
Shimazu et al_2005	n= 112 employés (cols bleus)	Formation sur le WEB basée sur les théories sociocognitives et axée sur une approche psycho éducative incluant des habiletés d'auto efficacité, de résolution de problème et de réponses au stress.	1 mois	T1: avant T2: 1 semaine après	Autoefficacité: The self-efficacy Scale (Sherer et Maddux, 1982); Stress général et professionnel: Brief Job stress Questionnaire (Shimomitsu et al., 1998) ; Comportement centré sur la résolution de problème: Échelle développée par les auteurs (6 questions); Satisfaction au travail: 1 question développée par les auteurs	Non

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 2 : Études basées sur une approche avec une composante cognitive dominante (suite)						
Zohmierczyk-Zreda. (2002)	N= 85 employés du secteur financier	Formation en gestion du stress favorisant un style d'adaptation centré sur le problème (par opposition au style centré sur l'émotion). Approche visant à développer des compétences adaptatives favorisant l'autorégulation de la colère, de l'impatience, de l'hostilité, et la réduction du sentiment de culpabilité et des symptômes dépressifs. L'approche cognitive est utilisée pour développer la conscience de soi et de ses limites personnelles face aux situations de stress. La formation aborde aussi la dimension du soutien social.	1 session / semaine de 4 heures durant 10 semaines	T1= avant T2= 1 mois après	Style d'adaptation: Version traduite du Coping Inventory for Stressful Situation (CISS) (Endler & Parker, 1990); Affects positifs et négatifs: Questionnaire de Bradburn	Partiellement

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 3 : Études basées sur une approche multimodale incluant une composante cognitive						
de Jong & Emmelkamp (2000).	N = 154 employés d'organisations diversifiées: département de police, écoles et hôpital généra	La formation est axée sur l'enseignement de stratégies d'adaptation aux situations de stress: relaxation musculaire, résolution de problème, affirmation de soi, sensibilisation aux stressseurs individuels et aux réactions de stress, les styles d'adaptation et les saines habitudes de vie.	8 sessions de 2.5-h/ semaine.	T1 = avant T2 = après T3 = 6 mois après	<p>Anxiété: sous-échelle du " State-Trait Anxiety Inventory - STAI-T (van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1981);</p> <p>Stress: The Psychosomatic Complaints Questionnaire (PCQ).</p> <p>Version courte du "Dutch questionnaire V ragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid" (VOEG; Dirken, 1967);</p> <p>Santé psychologique: Version courte du "General Health Questionnaire-GHQ (Goldberg & Hillier, 1979)adaptée par Sanderman & Stewart, 1990;</p> <p>Expériences-habitudes de vie: The Survey of Recent Life Experiences (SRLE; Kohn & ie: McDonald, 1992) ; Soutien social: The Social Support Inventory (SSI; Timmerman, Emanuels-Zuurveen, & Emmelkamp, 2000) adaptation du "Social Support List-Discrepancies" (SSL-D; van Sonderen, 1990);</p> <p>Habiletés interpersonnelles: The Scale of Interpersonal Behavior (SIB; A mindell et al., 1990) ;</p> <p>Stratégies d'adaptation: The Utrecht Coping List (UCL; Schreurs, Van de Willige, Tellegen, & Brosschot, 1988) ;</p> <p>Personnalité: The Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck & Eysenck, 1975; Sanderman, A mindell, Ranchor, Eysenck, & Eysenck, 1995; Sanderman, Eysenck, & A mindell, 1991);</p> <p>Événements marquants (éprouvants)- 6 derniers mois: The Life Event Scale (LES; van der Willige, Schreurs, Tellegen, & Zwart, 1985);</p> <p>Stress lié à l'emploi: Organisational Stress Questionnaire (OSQ; Van Dijkhuizen, 1984). Sous-échelles mesurant la surcharge de travail et l'insatisfaction au travail.</p>	Oui
Kagan et al. (1995)	n= 373 employés du service médical d'urgence des sapeurs-pompiers municipaux	Programme de formation basé sur la combinaison de composantes dans une approche psycho éducationnelle: prise de conscience des processus interpersonnels, stratégies d'adaptation (coping), réactions physiologiques au stress.	5 jours intensifs par programme	T1: avant T2 = après T3 = 9 mois après T4 = 16 mois après	<p>Symptômes dépressifs: "Beck Depression Inventory"-BDI (Beck & Steer, 1987);</p> <p>Stress lié à l'emploi: "Occupational Stress Inventory-OSI (Osipow & Spokane, 1983, 1987); Épuisement professionnel: "Maslach Burnout Inventory -MBI (Maslach & Jackson, 1981) ;</p> <p>Anxiété: "State-Trait Anxiety Inventory" (Spiel-berger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) ;</p> <p>Compétences émotionnelles: "Kagan Affective Sensitivity Scale-KASS (Kagan, 1989);</p> <p>Données administratives (RH): jours d'absence, de transfert, actions disciplinaires, plaintes.</p>	Oui

Auteurs et date	Échantillon (traitement)	Intervention	Durée	Temps de mesure	Mesures utilisées	Efficacité démontrée ?
Tableau 3 : Études basées sur une approche multimodale incluant une composante cognitive (suite)						
Thomason et Pond. (1995)	n = 54 employés de prison des États-Unis	Formation multimodale utilisant, entre autres, l'auto motivation la restructuration cognitive, la relaxation musculaire et la visualisation. Formation complémentaire pour 1 groupe en autogestion du stress axé sur le développement d'autorégulation et d'autoévaluation comportementale	9 heures de formation distribuées en 6 sessions hebdomadaires. 30 minutes supplémentaires en self-management.	T1: avant T2 = après T3 = 3 mois après T4 = 6 mois après	Symptômes somatiques: "The SCL-90-R (Derogatis, 1977)"; Anxiété: "The State-Trait Anxiety Inventory-Form Y-STAI (Spielberger, 1983);" Satisfaction au travail: "The Job In General"-JIG (Ironson, Smith, Brannick, Gibson, & Paul, 1989); Pression sanguine (en tant que mesure de stress physiologique (Murphy, 1984); Rétroaction sur la formation. Échelle de 10 questions développées par les auteurs; Mesures d'apprentissage: Échelle de 18 questions développées par les auteurs.	Oui
Veach et al. (2003)	N = 95 gestionnaires seniors de 4 différents sites d'une agence gouvernementale des États-Unis.	Session intensive de gestion du stress combinant des activités éducatives et pratiques dans le but d'accroître les connaissances sur les facteurs de stress et les stratégies d'adaptation. Des exercices physiques et de relaxation (yoga, Tai-Chi) sont aussi intégrés. Les participants identifient ensuite les modifications positives de leurs habitudes de vie et doivent créer des plans d'action spécifiques pour l'année.	35 heures sur 3.5 jours	T1 = avant T2 = après T3 = 10 mois après	Mesure de stress: The Stress and Coping Inventory (Rahe et al., 2000).	Oui
Zetterqvist et al. (2003).	N = 63 participants recrutés à partir d'un site web sur la santé.	Auto formation sur le WEB sur la gestion du stress incluant la relaxation appliquée, la résolution de problèmes, la gestion du temps et la restructuration cognitive.	6 modules échelonnés sur 8 à 12 semaines.	T1: avant T2 = après	Perception du stress: The Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983); Anxiété et dépression: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)	Discutable

Résultats

Tableau 1 : Études explicitement basées sur la TCC

Sur les 8 études présentées dans le Tableau 1, 5 interventions s'avèrent généralement efficaces alors que 3 interventions démontrent une efficacité partielle ou des résultats moins convaincants.

Ainsi, dans l'étude de Gardner et ses collègues (2005), les participants des groupes de thérapie cognitive ou comportementale, qui rapportaient des symptômes de détresse générale en début d'intervention, ont démontré une amélioration significative de leur niveau de détresse après 3 mois, de même qu'en comparaison au groupe contrôle. Les deux types de formation (la première, basée sur des stratégies cognitives et la seconde faisant appel à des stratégies comportementales) étaient dispensés en contexte de travail. Les participants des groupes ayant reçu une formation à dominance cognitive ont toutefois démontré une amélioration plus forte que ceux ayant reçu la formation plutôt comportementale. La formation à dominance cognitive était principalement basée sur la sensibilisation aux biais d'évaluation des situations et aux mécanismes pour y remédier (travail sur les pensées automatiques, croyances et attitudes, restructuration cognitive, discours interne positif, distraction et relaxation en utilisant la visualisation mentale). L'approche comportementale était plutôt dans l'axe du développement de stratégies d'adaptation aux situations de stress (gestion du temps, gestion par objectif, affirmation, adoption de saines habitudes de vie, relaxation musculaire).

Les résultats des trois études suivantes attestent d'une efficacité partielle (de Vente & Blonk, 2008; Gardiner et al., 2004; Kalusa, 2000). L'étude de Vente et Blonk conclut à une efficacité restreinte de l'intervention, c'est-à-dire, une efficacité démontrée strictement pour les participants ayant manifesté au départ des symptômes moins sévères de détresse psychologique. En ce qui concerne l'étude de Gardiner et ses collaborateurs (2004), les résultats ne sont concluants que pour certaines mesures d'efficacité utilisées. Par exemple, les améliorations observées pour le niveau de détresse psychologique générale peuvent être clairement attribuées à l'intervention (amélioration statistiquement significative comparée au groupe contrôle). Par contre, les résultats associés aux autres mesures (qualité de la vie au travail, le moral lié au travail et la détresse liée au travail et style adaptation) sont moins concluants quant à l'efficacité

de l'intervention (pas d'amélioration statistiquement significative comparée au groupe contrôle) quoique des changements positifs sont tout de même observés dans le temps.

Les résultats de la troisième étude qui démontre une efficacité partielle (Kalusa ; 2000) suggèrent que l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire l'amélioration du bien-être et la réduction du stress, dépend du profil initial (disposition personnelle) d'adaptation du participant. Cette intervention de type cognitive comportementale est principalement orientée sur le développement de stratégies adéquates d'adaptation aux situations de stress. Selon les résultats, cette intervention s'avère efficace pour les participants avec un profil initial d'adaptation «centré sur le problème » ou « résigné-évitant » alors que cette même formation semble moins utile pour les participants ayant un profil initial d'adaptation proactif et flexible (aucun changement significatif observé).

Tableau 2 : Études basées sur une approche avec une composante cognitive prédominante

Parmi les études du Tableau 2, sept interventions semblent être généralement efficaces alors que trois interventions indiquent une efficacité partielle ou des résultats peu concluants. Une seule de ces interventions démontre une absence d'efficacité.

Bond et Bunce (2000) ont comparé deux types d'interventions. La première est une approche de gestion du stress centrée sur le problème, dont le thème principal est le changement de l'environnement de travail (identification des causes de stress et des actions innovantes de changements). La seconde est une approche particulière de gestion du stress centrée sur les émotions (The Acceptance and Commitment Therapy) dont le propos central est l'autorégulation émotionnelle par l'acceptation et la prise de recul face aux événements déclencheurs d'affects négatifs. Selon cette perspective, l'acceptation de la présence inévitable d'émotions et de pensées négatives permet d'améliorer les compétences adaptatives. Sur la base des mesures de santé psychologique générale, de détresse psychologique et de propension à innover, les deux types d'interventions s'avèrent efficaces; un léger avantage ayant été observé pour l'approche de gestion du stress centrée sur les émotions.

Les deux seules interventions mixtes répertoriées (interventions combinant un volet individuel et un volet organisationnel) se sont avérées efficaces sur la base des mesures utilisées. Ces interventions offrent une formation en prévention et gestion du stress doublée

d'un projet de réduction des facteurs de stress par l'implantation de changements au niveau organisationnel (Munz et al., 2001; Kusnir et al., 1995).

Pour ce qui est des études moins concluantes, les analyses statistiques indiquent soit une efficacité partielle, c'est-à-dire une efficacité observée pour une sous population caractéristique (Zonierczyk-Zreda, 2002), soit des résultats significatifs limités à une partie seulement des variables étudiées (Nishiuchi et al., 2007) ou encore une efficacité observée uniquement dans un contexte précis c'est-à-dire, pour une condition particulière d'expérimentation (Rowe, 2006).

En premier lieu, l'étude de Zonierczyk-Zreda (2002), qui porte sur une intervention centrée sur la résolution de problèmes et vise spécifiquement le développement des styles d'adaptation positifs, conclut à une diminution des styles d'adaptation inadéquats (négatifs) seulement dans le groupe de participants ayant manifesté un niveau élevé d'affects négatifs lors de l'évaluation préalable à la formation. En second lieu, l'intervention de nature psycho-éducative de Nishiuchi et ses collègues (2007), couvrant l'acquisition de connaissances théoriques, le travail sur les attitudes et les changements de comportements, obtient des résultats significatifs seulement sur la dimension de l'acquisition de connaissances. En troisième lieu, dans l'étude longitudinale de Rowe (2006) dont l'intervention vise le changement comportemental en vue d'améliorer les stratégies d'adaptation, seuls les participants ayant eu droit à des sessions d'actualisation (sessions de suivi) ont démontré des changements comportementaux durables. Enfin, l'unique intervention dont les résultats ne sont pas du tout concluants se distingue par l'utilisation du web pour dispenser la formation en gestion du stress (Shimazu et al., 2005).

Tableau 3 : Études basées sur une approche multimodale incluant une composante cognitive

Sur les cinq études multimodales présentées dans le Tableau 3, quatre d'entre elles démontrent une efficacité significative. Les interventions multimodales qui se sont avérées efficaces englobent de 4 à 7 composantes parmi les suivantes : restructuration cognitive, affirmation de soi, résolution de problèmes, stratégies d'adaptation (coping), gestion du temps, relaxation musculaire, sensibilisation aux facteurs de stress, visualisation, motivation, processus interpersonnels, réactions physiologiques au stress. Plusieurs de ces composantes s'apparentent à des techniques utilisées également en TCC. En fait, ce qui distingue les

interventions s’inscrivant dans une perspective multimodale de celles utilisant la TCC est le fondement théorique qui sous-tend ces interventions. En d’autres mots, les interventions dérivées de la TCC adoptent une démarche didactique fondée sur des concepts issus directement des modèles théoriques cognitifs comportementaux, alors que les approches multimodales se caractérisent plutôt par un amalgame de techniques. Enfin, il est intéressant de noter que dans cette catégorie, seule la formation multimodale utilisant le Web comme support didactique (Zetterqvist et al., 2003) obtient des résultats discutables.

Approches alternatives

Les 12 études basées sur des approches alternatives, c’est-à-dire, des interventions qui ne fondent pas leur démarche sur la TCC, ont été sélectionnées afin de comparer le taux d’efficacité d’interventions qui ne comportent pas de composante cognitive comportementale significative avec le taux d’efficacité des interventions explicitement inspirées de la TCC ou intégrant une composante cognitive comportementale significative.

Sur la base de cet échantillon, on constate que les interventions alternatives (voir Tableau 4 ci-dessous) démontrent beaucoup plus d’hétérogénéité quant à leur efficacité. Sur les douze interventions alternatives répertoriées, seulement quatre d’entre elles (33 %) concluent à une efficacité démontrée.

Tableau 4 : Approches alternatives en gestion du stress professionnel

Études (Auteurs/date)	EFFICACITÉ DÉMONTRÉE (O/N)				
	Approche organisationnelle	Approche inter/transpersonnelle	Formation continue (liée au travail)	Promotion de la santé	Méditation / Mindfulness
van Dierendonck et al. (1998)	O				
Elo (2008)	N				
Scamera et al. (2009)		N			
van Dierendonck et al. (2005)		O			
Panari et al. (2010)			N		
Peters (1999)				N	
Tveito & Eriksen (2009)				N	
Bishop (2002)					N
Carmody (2009)					N
Kolbell (1995)					N

Schenstrom et al . (2006)					O
Shapiro et al. (2005)					O

Ces approches adoptent des postures très diversifiées en ce qui a trait aux principales causes et modes de résolution du stress lié au travail. Par exemple, Van Dierendonck et ses collègues (2005) font état des effets significativement positifs d'un programme de prévention du burnout basée sur une thérapie transpersonnelle. Cette approche thérapeutique cible principalement la dimension affective et considère les émotions comme l'élément essentiel du processus cognitif, dans le sens où ce sont les sentiments qui fournissent une signification aux expériences. Cette approche vise donc à développer les habiletés pour identifier les sentiments, les réguler et utiliser l'information fournie par ceux-ci pour choisir un comportement social adapté.

Dans un autre registre, Panari et ses collègues (2010) posent l'hypothèse que la possibilité pour l'individu d'accéder à un programme de formation continue pour élargir ses perspectives professionnelles permet de réduire le stress. Les résultats de cette étude sont toutefois peu concluants.

Parmi les approches organisationnelles, l'approche basée sur l'équité et le support social semble donner des résultats probants (van Dierendonck et al., 1998). Le programme d'intervention évalué vise la restructuration cognitive des perceptions de l'équité aussi bien au niveau interpersonnel aussi bien qu'organisationnel; le postulat étant qu'une perception négative de l'équité augmente notamment le stress et l'absentéisme. Le programme a été conçu pour réduire les sentiments d'injustice résultant d'un sentiment d'incohérence entre les buts et les attentes des individus et de l'organisation d'une part et de la réalité quotidienne du travail d'autre part. Les participants sont appelés à identifier des façons d'améliorer la congruence entre leurs motivations, leurs besoins, et leurs capacités versus les exigences et contraintes de l'organisation. Les résultats ont démontré une réduction des symptômes d'épuisement professionnel. Le taux d'absentéisme et les sentiments d'iniquité ont aussi diminué comparés au groupe contrôle. Les effets les plus importants se sont manifestés parmi les participants qui pu avoir recours au soutien social pour tirer bénéfice de l'intervention. En contrepartie, le programme participatif en gestion du stress (Elo, 2008) ne semble pas avoir livré les résultats escomptés. Ce programme est composé de plusieurs interventions organisationnelles visant à

améliorer l'environnement et le bien-être psychosocial au travail. Bien qu'un degré plus élevé de participation semble favoriser le climat de travail, il ne semble pas améliorer le bien-être individuel ou d'autres aspects psychosociaux du travail. Les résultats suggèrent une impression positive de l'impact du programme sans toutefois fournir des résultats significativement concluants.

Constats généraux

Ainsi pour l'ensemble des deux premiers tableaux totalisant 19 interventions (interventions explicitement inspirées de la TCC ou intégrant une composante cognitive comportementale dominante), 95 % des interventions démontrent une certaine efficacité; 63 % de ces interventions étant généralement efficace alors que 32% s'avère partiellement efficace. Ces résultats soutiennent les constats de Richardson et Rothstein (2008), et de Van der Klink et ses collaborateurs (2001) quant aux effets démontrés des interventions utilisant une approche cognitive comportementale.

Toutefois, les approches multimodales (tableau 3) affichent également un taux élevé d'efficacité générale (80 %). Selon cet échantillon, l'efficacité des approches multimodales semble même supérieure aux interventions à dominance cognitive comportementale, dont seulement 63 % ont démontré une efficacité générale. Ce constat tend à confirmer l'absence de supériorité des approches principalement cognitives en comparaison aux approches multimodales (Murphy, 1996), dont la totalité intègre toutefois une composante cognitive.

En contrepartie, les interventions alternatives (Tableau 4), démontrent beaucoup plus d'hétérogénéité quant à leur efficacité. Sur les 12 interventions alternatives répertoriées, seulement 4 d'entre elles (33 %) concluent à une efficacité démontrée.

En résumé, ces résultats suggèrent que les approches d'intervention intégrant une composante cognitive-comportementale signifiante, telles les approches multimodales, présentent une fréquence d'efficacité plus élevée, si on compare aux types d'approche sans composante cognitive-comportementale. En d'autres termes, l'intégration d'une composante cognitive comportementale dans les interventions en gestion du stress professionnel tendrait à augmenter le potentiel d'efficacité de ces formations.

Discussion

L'objectif de cette analyse de la littérature était de valider si les approches de formation dérivées de la TCC produisent des résultats concrets et durables sur la gestion du stress. L'ensemble des constats suggère que les interventions en gestion du stress professionnel qui intègrent une composante cognitive comportementale sont généralement plus efficaces que les interventions sans composante cognitive comportementale. Il semble par ailleurs que parmi celles-ci, les interventions multimodales, dont au moins une composante s'inspire de la TCC, soient plus efficaces que les interventions centrées uniquement sur la TCC. Néanmoins, ces constats ne permettent pas de conclure à l'efficacité pérenne et à l'évidente supériorité des interventions fondées sur la TCC, ce qui par ailleurs appuie l'absence de consensus des méta-analyses et revues critiques de la littérature scientifique sur le sujet (Richardson et Rothstein, 2008 ; Bellarosa et Chen, 1997; Murphy, 1996 ; Van der Klink et al., 2001).

Sans avoir la prétention d'être exhaustive, cette revue de la littérature offre cependant plusieurs pistes de réflexion. Une première hypothèse explicative en regard à l'absence de consensus concerne manifestement l'hétérogénéité des types d'intervention en gestion du stress (Richardson et Rothstein, 2008 ; Van der Klink et al., 2001). Même dans la catégorie restreinte des interventions dites « cognitives comportementales », on observe une pluralité de techniques. Il est dès lors difficile de prétendre à des résultats convergents puisque plusieurs éléments, autant dans la forme, le contenu ou le contexte, peuvent varier. À cet effet, aucune taxinomie formelle ne semble exister à ce jour pour regrouper, sur des critères similaires, ou pour distinguer clairement les divers types d'intervention en gestion du stress. De surcroît, aucune des méta-analyses ou revues de littérature recensées ne proposait de définition suffisamment précise, des catégories utilisées pour évaluer, sur une base comparative, l'efficacité des interventions (Richardson et Rothstein, 2008 ; Bellarosa et Chen, 1997; Murphy, 1996 ; Van der Klink et al., 2001). Dès lors, ceci expliquant cela, il est peu étonnant que, d'une étude à l'autre, même celles utilisant supposément le même type d'approche, les résultats soient disparates.

Ce manque de précision concernant la définition des divers types d'intervention explique possiblement aussi pourquoi des approches dites multimodales s'avèrent aussi efficaces que les approches explicitement basées sur la TCC. En effet, dans bon nombre de cas, les composantes retenues dans une formation suivant une approche dite multimodale ou éclectique s'apparentent fortement aux stratégies d'adaptation cognitives et comportementales

préconisées en TCC (Bamber, 2006). En conséquence, il n'est pas étonnant que certains auteurs suggèrent que le type d'intervention choisi ne soit pas l'élément majeur expliquant l'efficacité de l'intervention, mais joue plutôt un rôle de modérateur (Richardson et Rothstein, 2008).

Les constats proposés doivent donc, d'une façon générale, être interprétés avec prudence. Les faiblesses méthodologiques observées, dans ce domaine d'études (Bunce & Stephenson, 2000), réduisent la validité écologique et expliquent en partie la difficulté d'obtenir des résultats concluants et consensuels.

Limites des études

Outre l'hétérogénéité des interventions, la diversité et le nombre de variables utilisées dans les études sont des causes permettant d'expliquer l'absence de résultats convergents quant à l'efficacité des interventions issues de la TCC en gestion du stress professionnel. Il est en effet communément admis que la multiplicité de variables manipulées et mesurées constitue une des principales limites statistiques des méta-analyses (Richardson et Rothstein, 2008 ; Van der Klink et al., 2001).

Pour un certain nombre d'études, la taille restreinte des échantillons (Brunero et al., 2008; McCraty et al., 2003; Malkinson et al., 1997; Barkham & Shapiro, 1990) constitue une autre limite à la fiabilité des résultats.

La diversité des instruments de mesures utilisées, c'est-à-dire la multiplicité des questionnaires, est un autre aspect limitant la généralisation des résultats observés (Edward & Burnard, 2003). De plus, ces mesures autorapportées et principalement implicites (dimensions psychologiques peu observables ou factuelles) sont vulnérables à plusieurs biais induits par la désirabilité sociale ou, encore, par le phénomène de réactivité à la mesure. Il a été en effet observé, notamment dans les études expérimentales en psychologie ou dans le cadre de thérapies cognitives comportementales, que le seul fait de savoir que des changements seront mesurés induit une réactivité dans le sens où cela renforce, à court terme, un changement comportemental dans la direction attendue.

L'absence d'information pertinente quant au contexte organisationnel et aux conditions de travail des participants limite certainement la portée et l'interprétation des résultats. De même, très peu d'études ont intégré des mesures quant à l'impact sur le bien-être au travail des

interventions en gestion du stress. La rareté des interventions qui prennent en compte le volet organisationnel (Bellarosa & Chen, 1997; Richardson et Rothstein, 2008) donne donc une vision plus restreinte du potentiel des compétences acquises par les individus en gestion du stress.

Autre limite non négligeable, plusieurs études ne tiennent pas compte du profil personnel des participants, par exemple, quant à leur vulnérabilité face au stress ou encore, quant au niveau de stress ressenti au début de la formation. Cette information est particulièrement pertinente pour raffiner l'analyse de l'efficacité des interventions et la signification de l'amplitude des changements observés. Enfin, plusieurs études ne mesurent pas les effets à long terme des interventions et bien que certaines études proposent des temps de mesure à moyen et long terme, la portée longitudinale demeure toutefois limitée.

Facteurs de succès

En complément, cette analyse tentait aussi d'identifier les facteurs qui favorisent le succès des interventions en gestion du stress lié au travail. Contrairement à ce qu'il était attendu, et outre le fait que les études montrant des résultats probants intègrent presque toutes une dimension cognitive et un volet de formation individuel, aucun autre facteur spécifique de succès (méthode spécifique d'intervention, approche multimodale ou non, nombre de sessions de formation) n'émerge clairement de l'ensemble des résultats. Cette constatation soutient l'évidente complexité de cerner les déterminants réels et consensuels d'une intervention efficace (Bellarosa et Chen, 1997).

Comme mentionnée précédemment, la disparité des résultats des études, tout comme la diversité et le nombre de variables prises en compte, peut expliquer en partie l'incapacité de cerner clairement les facteurs de succès. Il est d'ailleurs possible de présumer que d'autres types de variables, dites confondantes, mais non considérées ou contrôlées (conditions de travail, le climat organisationnel, le profil professionnel ou personnel des participants, etc.), empêchent l'émergence des facteurs clés liés à l'efficacité des interventions.

Il reste que l'interprétation de certains résultats permet d'identifier des facteurs plus susceptibles de contribuer au succès des interventions organisationnelles en gestion du stress. Notamment, le profil psychologique, affectif ou adaptatif de la personne (de Vente et Blonk, 2008; Zonierczyk-Zreda, 2002; Kalusa, 2000) semble avoir un impact sur l'efficacité des interventions dispensées pour mieux prévenir et gérer le stress, ce qui laisse supposer que les

interventions devraient être suffisamment personnalisées pour bien cibler les besoins spécifiques individuels ou, à tout le moins, les besoins communs à un sous-groupe d'individus.

Par ailleurs, l'absence d'efficacité des interventions utilisant uniquement le Web comme outil didactique, sans autre forme d'accompagnement (Shimazu et al., 2005; Zetterqvist et al., 2003), laisse supposer que l'interaction, la communication interpersonnelle, l'échange et l'accompagnement par un formateur qualifié jouent un rôle bénéfique dans les interventions impliquant le développement de compétences et l'adoption de nouvelles habitudes. Cette hypothèse appuie l'importance d'une approche qui, au-delà de l'acquisition de connaissances, soutient l'expérimentation (André, 1995; Bamber, 2006).

Dans le même ordre d'idée, il a été constaté que l'acquis de connaissances n'est pas garant de réels changements psychologiques, cognitifs et comportementaux (Nishiuchi et al. 2007). Ce constat confirme l'importance de considérer une approche non seulement didactique, mais participative, qui favorise un soutien, voire, un accompagnement dans le changement. C'est d'ailleurs essentiellement ce type d'approche que propose le modèle thérapeutique cognitif comportemental.

Il est également important de distinguer satisfaction et efficacité. La satisfaction, en regard à la formation dispensée, n'est pas forcément garante d'un apprentissage réel, de la rétention de connaissances et, surtout, d'un changement avéré sur le plan cognitif et comportemental. Il est généralement observé que les évaluations autorapportées, qui suivent immédiatement la formation, témoignent d'un niveau de satisfaction générale très élevée. Cet état de fait peut être potentiellement attribuable à l'enthousiasme et la motivation de la personne qui découvre la panoplie d'outils et d'options pour améliorer ses compétences et sa condition, auxquels peut s'ajouter le phénomène de réactivité à la mesure et une certaine désirabilité sociale. Cependant, il est bien connu qu'entre le désir et la capacité réelle d'initier un changement profond et durable, la voie est souvent parsemée d'obstacles et de difficultés qui découragent l'individu le mieux intentionné, surtout lorsque celui-ci est laissé à lui-même. Par conséquent, la satisfaction élevée des participants, notée « à chaud », c'est-à-dire immédiatement à la fin de la formation en gestion du stress, peut être trompeuse et inciter faussement l'organisation à déclarer : mission accomplie. D'où l'importance de compléter l'intervention didactique par des sessions de suivi et d'actualisation pour induire des changements comportementaux durables (Rowe, 2006).

De l'avis de plusieurs, il semble en effet que l'enjeu principal quant à l'efficacité réelle des formations en gestion du stress demeure la pérennité des acquis, des effets positifs et des actions. De ce fait, la durée des effets de l'intervention constitue le facteur le plus important pour conclure, au-delà des résultats statistiques, à l'efficacité réelle d'une intervention (Bellarosa et Chen, 1997). La pérennité ne doit toutefois pas être confondue avec la durée de l'intervention. D'ailleurs plusieurs chercheurs ont constaté que les interventions brèves, notamment en TCC, s'avèrent plus efficaces que celles qui s'échelonnent sur une longue durée (Richardson et Rothstein, 2008; Van der Klink et al., 2001). Ainsi, une approche efficace, échelonnée à long terme, sous-entend plutôt une intervention intensive et brève, complétée par des sessions intermittentes et récurrentes de suivi et d'actualisation (Rowe, 2006; Bellarosa & Chen, 1997), inscrites dans une stratégie d'évaluation à court, moyen et long terme, pour assurer la continuité dans le changement et le développement de stratégies d'adaptation au stress.

Outre la pérennité des acquis et des actions initiées par l'individu, la portée organisationnelle de ces répercussions positives témoigne aussi du succès de l'intervention. Or, l'étude de Gardiner et ses collègues (2004) indique que des améliorations avérées au niveau psychologique ne sont pas nécessairement accompagnées d'améliorations probantes dans la sphère du travail (qualité de la vie au travail, le moral lié au travail et la détresse psychologique liée au travail). Par contre, on constate que les interventions combinant à la fois une dimension individuelle et une dimension organisationnelle présentent des résultats statistiques concluants (Munz et al., 2001; van Dierendonck et al., 1998; Kusnir et al., 1995). La solution semble donc résider dans une approche globale qui tient compte à la fois de l'environnement et de l'individu (Nasse et Légeron, 2008).

Tel que mentionné précédemment, l'enthousiasme initial des personnes, constaté à l'issue de la formation en gestion du stress en milieu professionnel, peut facilement s'éroder, surtout si l'environnement organisationnel n'offre pas un climat et un contexte de travail propice. Il est en effet peu probable que des mécanismes exclusivement individuels d'adaptation au stress demeurent efficaces lorsque la personne est confrontée à un environnement hostile ou peu soutenant. Par conséquent, le milieu de travail dans lequel l'individu retourne, après s'être adéquatement outillé pour faire face au stress, constitue un facteur critique de succès. Notamment, un climat social soutenant et un évident souci d'équité sont des facteurs organisationnels favorables à la réduction du stress (Brun et al., 2009; van

Dierendonck et al., 1998). D'autres facteurs dits « de protection » tels que la reconnaissance au travail, une saine communication et une attention vigilante à la charge de travail, contribuent également à modérer le niveau général de stress (Brun et al., 2009). Bien que la composante individuelle demeure indiscutablement importante dans la stratégie de gestion du stress professionnel, la posture privilégiée consiste donc en une vision globale qui inclut nécessairement une dimension organisationnelle (Ross & Altmaier, 1994; Ostell, 2006; Nasse et Légeron, 2008). En d'autres mots pour assurer un environnement favorable à la prévention et la gestion du stress, des actions, au niveau organisationnel, sont nécessaires.

Dans cette optique, une intervention élaborée selon une approche systémique permet d'imbriquer la dimension individuelle et organisationnelle. L'approche systémique se fonde, en effet, sur l'idée que l'individu est partie intégrante des différents systèmes (familial, professionnel, social, etc.) qui l'entourent et l'influencent dans ses intentions et ses réactions. L'approche systémique propose une vision dynamique et évolutive de l'interrelation entre l'individu et ses contextes de vie (Elkaïm, 1995) ; vision qui s'apparente d'ailleurs à celle véhiculée par le modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984). L'approche systémique vise donc à comprendre et à analyser la complexité d'une situation dans sa globalité. En ce sens, elle convient particulièrement à la résolution de situations problématiques trop complexes pour être abordée de façon réductionniste. Cette approche globale a d'ailleurs été adoptée dans différents domaines, dont celui de la santé mentale (Blanchette, 1999) et des thérapies familiales (Elkaïm, 1995).

L'approche systémique semble donc tout à fait adaptée pour structurer les interventions mixtes, c'est-à-dire à dimension individuelle et organisationnelle, visant la prévention et la réduction du stress. Dans un contexte de gestion du stress en milieu de travail, un avantage indéniable d'une intervention mixte est le partage des responsabilités, entre les individus et l'organisation, dans la mise en œuvre de stratégies et d'actions pour contrer les stressés. Ce type d'intervention a donc l'avantage d'éviter certains effets indésirables conséquents aux démarches de gestion du stress centrées sur l'individu, dont le plus dénoncé est celui du « blâme de la victime » (Ross, 1994; Ostell, 2006).

Une intervention mixte en gestion du stress, fondée sur une approche globale (ou systémique), est généralement participative. De plus, elle bénéficie clairement de l'implication de ressources multidisciplinaires (managers, spécialiste en gestion des ressources humaines,

experts dans les domaines d'activités spécifiques à l'entreprise, psychologues ou consultants experts en santé psychologique au travail, etc.).

Enfin, parce qu'elle permet une identification plus exhaustive des sources de stress, l'approche globale facilite l'adoption de stratégies préventives. Les stratégies préventives sont, de l'avis de plusieurs, complémentaires, sinon préférables, aux interventions curatives puisqu'elles supposent une action précoce et à la source pour limiter les risques psychosociaux (Brun, 2010; Ross et al, 1994).

Retombées pratiques

Somme toute, sans nécessairement apporter de réponses précises, cette revue contribue à fournir quelques pistes de réussite. En premier lieu, il apparaît clairement que pour assurer un environnement favorable à la prévention et la gestion du stress professionnel, des actions sont aussi nécessaires au niveau organisationnel. En second lieu, il convient d'insister sur l'importance d'aborder la prévention et la gestion du stress dans une perspective globale et systémique, mettant à contribution des ressources multidisciplinaires, dans le but de favoriser un environnement soutenant et un sentiment réel d'accompagnement dans le changement. Une approche globale (par opposition à une approche clivée) facilite la mise en place d'une stratégie participative ou mieux, de codéveloppement et favorise l'empowerment des individus dans leur milieu de travail. En troisième lieu, il semble indéniable que les interventions les plus efficaces intègrent un volet de formation centré sur l'individu, comportant une dimension cognitive et comportementale importante, et dispensée par un formateur qualifié. Cette formation, adaptée selon une évaluation préalable des besoins du groupe ciblé, prend idéalement la forme d'une intervention intensive et brève. En dernier lieu, les interventions doivent être complétées par des sessions d'actualisation qui s'inscrivent dans une stratégie de suivi à court, moyen et long terme pour accompagner un changement réel et durable. Mises ensemble, ces actions peuvent contribuer à la réalisation d'interventions plus efficaces et ainsi relever avec succès le défi majeur qui reste, sans conteste, la pérennité des acquis et des changements initiés pour mieux faire face aux situations porteuses de stress.

Toutefois, le premier défi, en amont de toute intervention, demeure la difficulté de « vendre » une démarche préventive à la haute direction des organisations dont la priorité principale reste sans conteste la rentabilité financière. Il est reconnu que de démontrer la rentabilité économique d'une démarche préventive constitue un exercice difficile du fait que,

par définition, ce type de démarche se situe tôt dans le processus, avant même que les problèmes n'apparaissent. Une démarche préventive, contrairement à une démarche curative, ne peut donc pas s'appuyer sur des bases comparatives (avant et après) pour démontrer sa rentabilité. D'ailleurs, compte tenu de la pauvreté des indicateurs disponibles dans les organisations, même les interventions curatives ont souvent du mal à se justifier sur la seule base de la rentabilité économique. En ce sens, la meilleure avenue demeure encore une prise de conscience proactive par les organisations de leur responsabilité humaine (Jones, 2003), de l'importance des risques psychosociaux et du poids de leurs éventuelles conséquences (Brun et al., 2009; Nasse et Légeron, 2008); bref, une prise de conscience de la rentabilité potentielle à moyen et long terme des interventions pour prévenir et réduire le stress au travail.

Conclusion

Cette investigation, visant à valider l'efficacité probante des formations organisationnelles en gestion du stress, met en relief la difficulté de conclure à l'efficacité incontestable des approches dérivées de la TCC surtout si on adopte, comme critère principal, l'obtention d'effets concrets et durables.

La revue des études scientifiques sur le sujet suggère que l'intégration d'une composante cognitive comportementale dans les interventions en gestion du stress professionnel tend à augmenter le potentiel d'efficacité. Toutefois, la diversité des constats propose plutôt une vision multifactorielle de l'efficacité des interventions visant à réduire le stress. En ce sens, une approche systémique, c'est-à-dire une démarche axée à la fois sur l'individu et l'organisation et réunissant des compétences multidisciplinaires, semble être la voie du succès.

Les interventions de formation en organisation pour prévenir et mieux gérer le stress sont indéniablement des mesures d'accompagnement nécessaires, surtout dans les organisations qui font face à des changements multiples ou importants. Ces interventions didactiques favorisent l'acquisition de connaissances, la prise de conscience des attitudes nuisibles, des comportements mal adaptés, et de divers biais d'évaluation inhérents à chaque individu. Le principal défi, à ce niveau, consiste à amorcer des changements significatifs et durables.

Par conséquent, il apparaît important que les recherches futures dans le domaine contribuent à mieux cibler et à confirmer les facteurs clés et les mécanismes qui assurent l'efficacité des interventions. La recherche appliquée constitue assurément un appui solide pour

conscientiser les différents acteurs aux enjeux socioéconomiques et psychologiques du stress lié au travail, et ainsi, débloquer les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre et à la réussite des interventions visant à prévenir et mieux gérer le stress lié au travail.

BIBLIOGRAPHIE

- André, Christophe (1995). *Les thérapies cognitives*. Paris : Éditions Morisset.
- Bamber, M. (2006). A cognitive behavioural model of occupational stress. In : *CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema-focused approach*. (pp. 15-24): New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Barkham, B. & Shapiro, D. (1990). The Brief psychotherapeutic interventions for job-related distress: a pilot study of Prescriptive and Exploratory therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 3(2), 133-147.
- Bellarosa, C., & Chen, P. Y. (1997). The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions: A survey of subject matter expert opinions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(3), 247-262.
- Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156-163.
- Brun, J-P. , Biron, C, St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*. Québec : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail.
- Brun, J-P. (2010). Contenu extrait de la conférence « *Manager par la confiance ou comment réunir les conditions de santé au travail* ». Paris : juin 2010.
- Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115.
- Bunce, D., & Stephenson, K. (2000). Statistical considerations in the interpretation of research on occupational stress management interventions. *Work & Stress*, 14(3), 197-212.
- Casey, A., Chang, B.H., Huddleston, J., Virani, N., Benson, H. & Dusek, J.A. (2009). A model for integrating a mind/body approach to cardiac rehabilitation: outcomes and correlators. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29(4), 230–238.
- Cecil, M. A., & Forman, S. G. (1990). Effects of stress inoculation training and coworker support groups on teachers' stress. *Journal of School Psychology*, 28(2), 105-118.
- Chalder, T., Cleare, A., Wessely, S., & Mostofsky, D. (2000). *The management of stress and anxiety in medical disorders*. US : Allyn & Bacon.
- de Jong, G. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2000). Implementing a stress management training: Comparative trainer effectiveness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 309-320.

- de Vente, W. & Blonk, R. W. B. (2008). Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment for Work-Related Stress Complaints and Sickness Absence: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214–231.
- Edward, D. & Burnard, P. (2003). A systematic review of the effects of stress and coping strategies used by occupational therapists working in mental health settings. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(8), 345-355.
- Elkaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Éditions du Seuil.
- Gardiner, M, Lovell, G. & Williamson, P. (2004). Physician you can heal yourself! Cognitive behavioural training reduces stress in GPs. *Family Practice*, 21(5), 545-551.
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P. & Cushwa, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, 19(2), 137-152.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism at work – but out of it. *Harvard Business Review* 82(10), 49-58.
- Jones, A. M. (2003). Managing the gap: Evolutionary science, work/life integration, and corporate responsibility. *Organizational Dynamics*, 32(1), 17-31.
- Kagan, N. I., Kagan, H., & Watson, M. G. (1995). Stress reduction in the workplace: The effectiveness of psychoeducational programs. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 71-78.
- Kalusa, G. (2000). Changing unbalanced coping profiles – A prospective controlled intervention trial in worksite health promotion. *Psychology and Health*, 15, 423-433.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work : Stress, productivity and reconstruction of working life*. New-York : Basic Books.
- Kushnir, T., Malkinson, R., & Ribak, J. (1995). A graduate level course: Teaching stress management skills to occupational health physicians and practitioners. *Safety Science*, 20(2-3), 337-341.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer Publication CO.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Maddi, S. R., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 50(2), 78-86.
- Malkinson, R., Kushnir, T. & Weisberg, E. (1997). Stress Management and Burnout Prevention in Female Blue-Collar Workers: Theoretical and Practical Implications. *International Journal of Stress Management*, 4(3), 183-195.
- McCraty, R., Atkinson, M. & Tomasino, D. (2003). Impact of workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(3), 355-369.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent

- evidence (1998-2004). *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 29(11), 1398-1414.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13.
- Munz, D. C., Kohler, J. M., & Greenberg, C. I. (2001). Effectiveness of a comprehensive worksite stress management program: Combining organizational and individual interventions. *International Journal of Stress Management*, 8(1), 49-62.
- Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 112-135.
- Nasse, P. & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. France.
- Nishiuchi, K., Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S. & Kawakami, N. (2007). Effects of an education program for stress reduction on supervisor knowledge, attitudes and behavior in the workplace : A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*. 49, 190-198.
- Ostell, A. (2006). Organizational strategies for managing stress at work. *CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema-focused approach*. (pp. 41-56): New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Richardson, K.M. & Rothstein, H.R., (2008). Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69–93.
- Ross, R. R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress: A handbook of counselling for stress at work*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Rowe, M. M. (2006). Four-year Longitudinal Study of Behavioral Changes in Coping with Stress. *American Journal of Health Behavior*, 30(6), 602-612.
- Rybarczyk, B., Stepanski, E., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P., & Davis, A. (2005). A Placebo-Controlled Test of Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Insomnia in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1164-1174.
- Ryden, M. Hedback, B. & Jonasson, L. (2009). Does stress reduction change the levels of cortisol secretion in patients with coronary artery disease? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29 (5), 314-7.
- Searle, B. J. (2008). Does personal initiative training work as a stress management intervention? *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 259-270.
- Shimazu, A., Kawakami, N., Hirimajiri, H., Sakamoto, M. & Amano, S. (2005). Effects of web-based psychoeducation on self-efficacy, problem-solving behavior, stress responses and job satisfaction among workers : A controlled clinical trial. *Journal of Occupational Health*, 47.405-413.
- Thomason, J. A., & Pond, S. B., III. (1995). Effects of instruction on stress management skills and self-management skills among blue-collar employees. *Job stress interventions*. (pp. 7-20): Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Van der Klink, J.J.L. , Blonk, R. W.D., Schene, A.H. & van Dijk, F.J.H. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- van Dierendonck, D., Garssen, B. & Visser, A. (2005). Burnout prevention through personal growth. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 62-77.
- van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B, Buunk & Bram P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 392-407.
- Veach, T. L., Rahe, R. H., Tolles, R. L., & Newhall, L. M. (2003). Effectiveness of an intensive stress intervention workshop for senior managers. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(5), 257-264.
- Whiting, P., Bagnall, A. M., Sowden, A. J., Cornell, J. E., Mulrow, C. D., & Ramirez, G. (2001, September 19). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *JAMA*, 286, 1360–1368.
- Zolnierczyk-Zreda, D. (2002). The effects of worksite stress management intervention on changes in coping styles. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 8(4), 465-475.
- Zetterqvist, K., Maanmies, J., StrÅm, L., & Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 151-160.