

Intervention anti-stress auprès de la clientèle des services sociaux et de santé

Anti-stress intervention with a health and social service clientele

Diane Bernier et Louise Gaston

Volume 7, numéro 1, juin 1982

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030121ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030121ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bernier, D. & Gaston, L. (1982). Intervention anti-stress auprès de la clientèle des services sociaux et de santé. *Santé mentale au Québec*, 7(1), 28–36. <https://doi.org/10.7202/030121ar>

Résumé de l'article

La présente étude porte sur une intervention anti-stress auprès de la clientèle des services sociaux et de santé. Cette catégorie de la population représente les personnes qui sont statistiquement les plus touchées par le stress. L'intervention anti-stress utilisée consiste à amener l'individu à travailler à la modification de ses «stresseurs», et à lui permettre de réduire sa tension psycho-physiologique grâce à la pratique de la relaxation progressive. Les résultats démontrent qu'une portion de cette clientèle est effectivement plus anxieuse que la moyenne de la population et que l'intervention permet une réduction significative de l'«anxiété situationnelle» telle que mesurée par le STAI.

INTERVENTION ANTI-STRESS AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

*Diane Bernier**
*Louise Gaston***

La présente étude porte sur une intervention anti-stress auprès de la clientèle des services sociaux et de santé. Cette catégorie de la population représente les personnes qui sont statistiquement les plus touchées par le stress. L'intervention anti-stress utilisée consiste à amener l'individu à travailler à la modification de ses «stresseurs» et à lui permettre de réduire sa tension psycho-physiologique grâce à la pratique de la relaxation progressive. Les résultats démontrent qu'une portion de cette clientèle est effectivement plus anxieuse que la moyenne de la population et que l'intervention permet une réduction significative de l'«anxiété situationnelle» telle que mesurée par le STAI.

UNE EXPÉRIENCE ORIGINALE

Les journaux, et la publicité destinée aux professionnels proposent plusieurs ateliers sur le stress. Sur une période variant de un à trois jours, l'on promet de faire le tour de la question et de fournir des outils efficaces pour contrer les effets nocifs liés au stress. Ces projets permettent-ils un changement durable chez les participants? Nous n'avons pu trouver d'évaluation de ces expériences. C'est à partir d'un désir de changement que nous avons développé, autour de la problématique du stress, une méthode d'intervention continue, basée sur des rencontres hebdomadaires échelonnées sur environ dix semaines (Bernier, 1980). Nous avons poursuivi ces travaux dans le cadre d'une recherche-action, que nous présentons dans les pages qui suivent.

La clientèle-cible n'est pas «professionnelle», ni «exécutive», mais plutôt défavorisée, c'est-à-dire constituée d'individus qui sont statistiquement les plus touchés par le stress. Comme le dit si justement Henri Laborit (1979) :

«La qualité de la vie ne dépend pas des espaces verts mais bien du statut socio-économique.»

En effet, de nombreux travaux dont ceux de Dohrenwend (1969), Myers, Lindenthal et Pepper (1974), Jenkins (1978) et Waldron (1980) ont démontré l'existence d'une plus grande quantité de symptômes physiques, de symptômes psychiatriques ou de maladies cardio-vasculaires, pour ne nommer que ceux-là, chez les individus appartenant à la classe défavorisée. De plus, les travaux sur l'incidence de ce qu'il est convenu d'appeler «les événements stressants de la vie» mettent en évidence, pour cette couche de la population, un plus grand nombre d'événements «indésirables» qui demandent un haut degré d'adaptation ou de changement (Morissette, 1980). Et enfin, les personnes de statut socio-économique faible ne bénéficient pas du support social minimal, nécessaire à la prévention ou à l'aplanissement de ces difficultés.

La reconnaissance de ces besoins de même que l'absence de ressources nous ont poussés à tenter des expériences d'intervention axées sur la problématique du stress auprès de la clientèle des services sociaux et de santé. Ces interventions dites «anti-stress» ont été réalisées par des stagiaires de maîtrise de l'École de Service Social de l'Université de Montréal.

UNE PERSPECTIVE DIFFÉRENTE

Quel intérêt les intervenants psychosociaux ont-ils à utiliser l'ensemble des études concernant

* Travailleuse sociale, professeur à l'École de Service social, Université de Montréal, consultante en relaxation et en intervention anti-stress.

** Assistante de recherche, étudiante en rédaction de mémoire à la maîtrise en psychologie (M.Ps.)

le phénomène du stress? On peut envisager quatre justifications.

1) Une vision qui tient compte des réalités contemporaines

Le phénomène du stress occupe une place grandissante dans nos sociétés dites avancées. La réalité sociale devient de plus en plus complexe et les contraintes politiques, économiques et technologiques augmentent constamment; on constate alors :

- un accroissement insidieux de certains types de maladies; par exemple, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète.
- une augmentation de certains types de difficultés sociales tel qu'en témoignent le nombre de divorces, les placements d'enfants, le taux de criminalité dans les métropoles.
- des difficultés croissantes au niveau de la gestion des sociétés; inflation, chômage, pollution de l'eau et de l'air, etc.

Le rythme de changement des institutions sociales et du monde du travail favorise une multiplication des situations porteuses d'incertitude, de frustration ou de menace. Les études sur le stress nous apprennent que ces événements favorisent l'apparition des symptômes physiques et mentaux de stress chronique.

2) Une vision unifiante

Cette perspective propose une vision globale de la réalité puisqu'elle tient compte simultanément des dimensions physiologiques, psychologiques et sociales de la vie humaine. Dans un article récent, Lazarus, un des grands concepteurs du stress psychologique, insiste sur la nécessité de maintenir une perspective bio-psycho-sociale (Lazarus, Cohen, Folkman, Kanner, Schaefer; 1980).

«We consider social functioning and morale to be revealing outcomes which must be considered along with somatic ones because an optimal outcome in one area frequently occurs at the expense of an optional outcome in the other, as when denial or avoidance through heavy drinking helps to maintain morale but at the expense of physical health and social functioning».

L'exclusion de l'une ou l'autre dimension comporterait toujours des inconvénients. La médecine traditionnelle, par exemple, s'est souvent attaquée aux symptômes du stress avec des neuroleptiques ou au moyen d'actes chirurgicaux. Ces interventions

s'avèrent souvent répétitives puisque les causes du stress, le plus souvent psychosociales, sont laissées pour compte. En ce qui concerne les intervenants sociaux, cette perspective permet de donner de l'importance au corps si souvent évacué des préoccupations psychosociales. Or, on sait l'importance de la dimension corporelle pour la qualité et la durée de la vie.

3) Une vision psychosociale par excellence

Les conflits intrapsychiques («stresseurs» internes) n'apparaissent guère dans la littérature sur le stress. Ils s'inscrivent sous la rubrique plus traditionnelle de la psychopathologie. Par contre, l'interaction entre l'individu et son environnement physique et social se situe au cœur de la notion de stress. La perception qu'a l'individu de ces stimuli externes et sa réaction subséquente déterminent pour lui des conséquences aux plans physiologique, psychologique et comportemental. La réalité sociale sous toutes ses formes devient pertinente à l'étude du stress, soit en tant que stimulus ou soit en tant que variable intermédiaire (une variable qui conditionne la réponse), d'où l'intérêt de tenir compte de réalités comme les effets du changement technologique, le rythme de vie accéléré des métropoles et la densité de la population. Enfin, l'expérience du travail, qui occupe une place importante dans la vie des hommes et des femmes, comporte de multiples «stresseurs» liés à la structure organisationnelle, à la tâche, aux relations humaines, à l'avancement, etc.

4) Une vision «élargie» de la notion de problème

La définition d'un problème, qu'il soit défini par un client ou par un intervenant, se ramène généralement à «une difficulté que l'on n'arrive pas à résoudre» et c'est à cette ou ces difficultés que l'intervention sera adressée. Cependant, le travail d'élaboration d'une théorie concernant le stress propose d'étendre la vision de ce qui est problématique à l'ensemble des «stresseurs» d'un individu.

Deux écoles de pensée contribuent à la définition d'un «stresseur». L'une d'entre elles veut que l'on considère comme «stresseur» tout stimulus qui amène une réaction d'adaptation de la part de l'organisme. Cette définition recouvre, outre les situations définies comme problématiques, une large gamme d'événements porteurs de changement (ex : une promotion, une naissance). Cette

position est celle de ceux qui conçoivent le stress comme une réponse d'effort à tout ce qui constitue une menace à l'un ou l'autre des besoins fondamentaux (survie, estime de soi, réalisation, etc.). Dans cette conception, il y a un accent mis sur l'activation et la mobilisation; cette vision globale a été fortement influencée par Selye.

L'autre école de pensée préconise une définition plus spécifique et plus circonscrite qui conçoit comme problématiques les situations où l'action gratifiante de l'individu est bloquée. Cette orientation s'appuie sur les études des réactions neuro-endocriniennes de H. Laborit (1979) en France, de M. Frankenhaeuser (1980) en Suède, et, de façon plus générale, sur la recherche en rapport avec les maladies cardio-vasculaires telle que rapportée dans un article très récent de Henry et Mehan (1981).

La réaction de l'organisme face à un «stresseur» s'organise selon trois étapes. La première est celle de l'effort c'est-à-dire de l'activation, de la mobilisation; au plan neuro-endocrinologique, c'est la sécrétion d'adrénaline et la vasodilatation généralisée des vaisseaux sanguins. Cette réaction n'est cependant pas nocive au plan physiologique. Il est possible que cette mobilisation mène d'emblée à une solution satisfaisante et que l'organisme connaisse un retour à la normale. Si la difficulté persiste et que l'action gratifiante n'est pas possible ou réalisée, il s'en suit une excitation (souvent doublée d'une connotation anxieuse ou agressive) accompagnée d'une inhibition comportementale. Au plan physiologique, il se produit une sécrétion de noradrénaline et la vaso-constriction générale des vaisseaux sanguins. Cette réaction est associée chez les rats à l'apparition de l'hypertension. Cette inhibition en tension peut se prolonger et donner lieu à un sentiment d'impuissance. La situation d'impasse et de perte de contrôle amène la mise en branle d'un autre système neuro-endocrinien, soit celui de l'axe hypophyso-surrénalien. Il se produit alors la sécrétion de l'ACTH et des glucocorticoïdes dont on connaît l'action néfaste, à forte dose, sur l'organisme.

Le problème vu dans ce cadre se situe au niveau de la deuxième et de la troisième étape qui sont des situations où l'action gratifiante est bloquée de façon partielle ou globale. C'est à ce niveau que se situe la réaction psychophysiologique nocive. C'est dire que l'intervenant inclura donc

possiblement dans son intervention et son évaluation d'autres éléments que celui qui est présenté comme étant le problème.

L'INTERVENTION

Les objectifs de l'intervention que nous avons mis au point dans cette perspective sont doubles; d'une part, amener l'individu à travailler à la modification de ses «stresseurs» et, d'autre part, réduire sa tension psychophysiologique. Les sous-objectifs d'intervention peuvent se décrire selon l'ordre chronologique et stratégique suivant :

- enseigner une technique de réduction de tension (méthode de relaxation)
- insister sur l'établissement d'une pratique substantielle et quotidienne
- favoriser l'établissement de la conscience corporelle
- présenter une juste notion des «stresseurs»
- aider le client à identifier ses «stresseurs»
- stimuler le client à travailler à la modification d'un ou de plusieurs «stresseurs».

Cette intervention peut se faire selon une modalité individuelle ou de groupe. Cette dernière est toutefois plus structurée et comporte déjà une pédagogie adaptée aux petits groupes.

Le travail de modification des «stresseurs» a une portée plus ou moins collective, c'est-à-dire qu'il peut déboucher sur une action de groupe, d'après la composition du groupe des participants. Le groupe homogène, regroupant des participants qui ont, outre le stress, une problématique commune, offre un meilleur potentiel d'action collective.

UNE ÉVALUATION PARTIELLE

Nous sommes profondément convaincus que, si le travail d'intervention doit être accompagné d'un effort de perfectionnement, il ne peut pour autant être dissocié d'un questionnement sur son sens et sa validité. Nous avons toujours cru qu'un minimum de réflexion et d'évaluation systématiques pouvait s'intégrer dans le cadre habituel du travail clinique. Nous avons discuté ailleurs (Bernier, 1978) de l'intérêt que représente le véhicule de la recherche-action pour engager les intervenants dans ce processus. C'est dans cette perspective qu'il faut situer les efforts d'évaluation

de notre expérience plutôt que dans celui d'un contexte de recherche expérimentale proprement dit.

Les expériences d'intervention de la présente étude ont été réalisées dans un cadre pédagogique, et ne comportaient aucune ressource financière permettant de faire une recherche substantielle sur les résultats de l'intervention. Nous avons donc opté pour une évaluation modeste et avons cherché des instruments déjà validés. Nous n'avons pas trouvé d'instrument qui permette d'évaluer le travail de modification des stressés. Nous avons dû nous limiter à évaluer la diminution de la tension. Beaucoup de recherches utilisent des mesures physiologiques objectives (tension musculaire, pression sanguine, etc.). Comme nous travaillons hors du contexte médical et sans l'aide d'un personnel de formation médicale, nous avons cherché des instruments de mesure psychologique. Grâce à la collaboration d'une collègue psychologue¹, nous avons pu administrer des tests sur l'anxiété (IPAT, STAI), avant et après l'intervention. Il s'agit d'une évaluation extrêmement partielle de ces expériences d'intervention. Elle a néanmoins le mérite de s'appuyer sur des bases sûres au plan des concepts et des instruments de mesure.

QUELQUES NOTES SUR L'ANXIÉTÉ

L'anxiété est un concept étudié par plusieurs chercheurs depuis les années 50. Toutes les théories considèrent l'anxiété comme une émotion qui induit des manifestations physiologiques du système nerveux autonome. La définition de l'anxiété la plus communément acceptée est celle de Spielberger (1972) décrivant les états d'anxiété comme des sentiments de tension et d'appréhension accompagnés d'une activation du système nerveux autonome.

Les auteurs contemporains insistent sur la nécessité d'adopter une approche multidimensionnelle de l'anxiété. Il s'agit des dimensions phénoménologiques et expérientielles de l'anxiété tout comme de ses manifestations physiologiques et comportementales. Cependant, l'anxiété physiologique qui résulte d'une hausse d'activation étant universellement reconnue comme une réaction néfaste pour l'adaptation, il va de soi que les tech-

niques proposées par les chercheurs aient pour but de diminuer les tensions et les appréhensions de l'individu. Empiriquement, pour ce faire, plusieurs méthodes de relaxation apparaissent relativement efficaces; dans l'immédiat, elles permettent une réaction physiologique contraire au stress, c'est-à-dire, une détente musculaire, une augmentation de la pression sanguine périphérique et une diminution du rythme cardiaque et respiratoire (Bernier, 1980).

Une des techniques de relaxation des plus simples est celle dérivée de la relaxation progressive de Jacobson. De nombreuses études ont porté a) sur l'efficacité de cette méthode pour réduire l'anxiété b) sur la comparaison de l'efficacité de cette méthode avec celle des autres techniques de relaxation et c) sur l'efficacité de la combinaison de la méthode de Jacobson avec les autres techniques.

RECHERCHES SUR LA RÉDUCTION DE L'ANXIÉTÉ

Plusieurs recherches comparent l'efficacité des traitements de relaxation en fonction du niveau d'anxiété des sujets, tel que mesuré par le STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Les résultats sont fournis selon les deux dimensions de l'anxiété, telles que mesurées par le STAI de Spielberger, Gorsuch et Lushene (1970) : «l'anxiété situationnelle» et le «trait d'anxiété». «L'anxiété situationnelle» réfère à l'état transitoire d'anxiété lié aux circonstances et aux situations tandis que le «trait d'anxiété» est défini comme un trait stable de la personnalité que l'on peut concevoir comme une prédisposition à éprouver des états anxieux.

Ces recherches sont regroupées dans le Tableau 1 selon les techniques employées, le nombre de sessions d'entraînement, les modalités de l'entraînement, la présence de pratique quotidienne, la population et les résultats au STAI. Les onze recherches mentionnées ont toutes utilisé la relaxation progressive en comparaison avec d'autres techniques de relaxation.

Les recherches de Scopp (1975), Bedell (1976), Rabin (1976), Weiner (1977), Beck, Kaul et Russell (1978), et Parker et Gilbert (1978) trouvent qu'il n'y a que «l'anxiété situationnelle», mesurée par le STAI, qui diminue dans toutes les conditions expérimentales : la relaxation progressive, les autres techniques de relaxation et la psycho-

TABLEAU 1

Recherche	Population	Nombre de sessions	Modalité	Pratique	Nombre de sujets	Test avec résultats significatifs	Résultats
Beck, Kaul, Russell (1978)	anxiété chez les dentistes	4	groupe	1/jour	10	STAI A-STATE	ERIC > au post-test et au follow-up
Bedell (1976)	—	—	—	—	50	SARASON TAS STATE	RP = DS > C
Eno (1975)	alcooliques internés	30 jours	groupe	1/jour	50	STAI A-STATE ET A-TRAIT	RP + DS > RP = DS > C
Knox (1980)	anxiété élevée	4	groupe	1/jour	51	STAI A-STATE STAI A-TRAIT	ART > C ART = C
Miller, Murphy, Miller (1978)	anxiété chez les dentistes	10	individuel	—	21	STAI A-STATE ET A-TRAIT	RP = RB > C
Parker, Gilbert (1978)	alcooliques hospitalisés	9	groupe	1/jour	30	STAI A-STATE	RP = M > C 3 ^e post-test > 2 ^e p. t. > 1 ^{er} p. t.
Rabin (1976)	étudiants	3	groupe	—	—	STAI A-STATE	RP > T > C
Russell, Wise (1976)	anxiété face aux tests	4 semaines	individuel	1/jour	19	SARASON TAS STATE ET LE STAI A-TRAIT	ERIC = DS > C
Scopp (1975)	patients psychiatriques	—	groupe	—	—	STAI A-TRAIT ET A-STATE	RP + DB > RP = DB > C
Shoemaker (1977)	anxiété généralisée	4	groupe	—	60	STAI A-TRAIT ET A-STATE	RP = T = AMT > C
Weiner (1977)	dépressifs hospitalisés	—	groupe	—	—	STAI A-STATE	RP = M > C

AMT : «anxiety management training»
 ART : «automated relaxation training»
 C : groupe contrôle
 DB : «deep breathing»
 DS : désensibilisation systématique

ERIC : entraînement à la relaxation à indice contrôlé
 M : méditation
 RB : rétroaction biologique
 RP : relaxation progressive (ou musculaire)
 T : psychothérapie

thérapie. Le nombre de sessions d'entraînement varie selon les recherches et ce facteur semble n'influencer que la stabilité des résultats à moyen ou long terme. Ainsi, Parker et Gilbert (1978) trouvent que «l'anxiété situationnelle» des sujets diminue de façon significative de semaine en semaine.

De plus, certaines recherches trouvent que «l'anxiété situationnelle» et le «trait d'anxiété» diminuent, tels que mesurés généralement par le STAI. Les recherches de Eno (1975), Russell et Wise (1976), Shoemaker (1977), Miller, Murphy et Miller (1978), et Knox (1980) obtiennent comme résultat une diminution significative de «l'anxiété situationnelle» et du «trait d'anxiété». Les résultats concernant le changement du «trait d'anxiété» sont pour le moins surprenants, surtout lorsque le nombre de sessions d'entraînement est très faible puisque le «trait d'anxiété» correspond à une prédisposition plutôt stable à éprouver de l'anxiété. Il demeure toutefois que leurs résultats en rapport à «l'anxiété situationnelle» vont dans le même sens que ceux des recherches citées précédemment.

Certaines recherches ont étudié, en plus, les résultats de la combinaison de techniques. Deux recherches, celles de Scopp (1975) et de Eno (1975), soulignent que la combinaison de la relaxation progressive avec une autre méthode pour diminuer l'anxiété (soit la respiration profonde ou la rétroaction biologique) permet une diminution de «l'anxiété situationnelle» significativement supérieure à celle obtenue par l'utilisation d'une seule de ces méthodes.

La relaxation progressive dérivée de la méthode de Jacobson permet donc la réduction du niveau d'anxiété dans les recherches citées ci-haut, que la méthode soit évaluée séparément ou en combinaison avec d'autres techniques de relaxation.

LES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Dans ce contexte, il devient possible de formuler l'hypothèse de travail suivante : l'entraînement à la relaxation progressive permet une réduction significative du niveau d'anxiété, c'est-à-dire que «l'anxiété situationnelle» au post-test, telle que mesurée par le STAI ou l'IPAT est significativement moindre qu'au pré-test lorsque les sujets participent à une intervention anti-stress.

La deuxième hypothèse de la présente recherche est de nature exploratoire et consiste à vérifier si la clientèle des services sociaux impliquée dans une intervention anti-stress est plus anxieuse que la moyenne de la population.

CARACTÉRISTIQUES DE L'EXPÉRIENCE

Cette expérience se divise en deux phases qui durent une année chacune. Seule l'utilisation d'un instrument de mesure différent permet de distinguer ces deux phases qui sont par ailleurs comparables quant aux intervenants, aux sujets et aux conditions d'intervention.

Les interventions sont réalisées, chaque année, par cinq stagiaires en travail social dont l'expérience préalable est similaire. Ils utilisent le modèle anti-stress précédemment décrit : la modalité individuelle peut comprendre douze rencontres d'une heure, tandis que les rencontres de groupe qui durent une heure et demie sont limitées à dix sessions.

Les sujets sont référés ou volontaires et proviennent de C.S.S., de C.L.S.C. ou de milieu scolaire. Cinquante-cinq (55) d'entre eux ont été vus en groupe et dix-huit (18) suivis de façon individuelle ; il s'agit d'hommes et de femmes dont l'âge varie de quatorze (14) à cinquante-neuf (59) ans.

MESURE

Pour la première phase, l'instrument de mesure de l'anxiété utilisé est celui du test IPAT : ce questionnaire détermine l'organisation du concept du moi, la faiblesse du moi, l'insécurité paranoïde, la disposition à la culpabilité et la tension nerveuse. Ce test représentait, au moment de la première phase, le seul test en langue française connu des intervenants ; l'adéquacité du test pour mesurer les changements n'est toutefois pas satisfaisante. Des recherches effectuées en dehors du marché commercial ont abouti à la découverte de l'ASTA.

Cette adaptation française du STAI (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970), effectuée par Bergeron et Landry, est utilisée dans la deuxième phase. Ce test mesure «l'anxiété situationnelle» et le «trait d'anxiété». Les études de Bergeron, Landry et Bélanger (1976) ont permis de vérifier la validité et la fidélité de l'ASTA. Tou-

tefois même si l'ASTA est normalisé pour la population québécoise, il n'est pas encore standardisé. La passation des tests par les sujets s'effectue lors de l'entrevue d'évaluation et lors de la dernière entrevue.

RÉSULTATS

Première phase. La compilation des données a été faite en fonction de la modalité de l'intervention (groupe/individu) et de la référence institutionnelle des sujets. Par rapport à la première hypothèse de travail, on trouve des changements significatifs à 0.5, sur le niveau de tension nerveuse mesurée par IPAT, mais seulement chez les sujets ayant suivi le traitement sur une base individuelle. La supériorité de la modalité individuelle par rapport à celle de groupe ne peut pas être conclue à partir de ces résultats car la différence significative peut être due à l'inexpérience des intervenantes comme animatrices de groupe.

Ces mêmes changements, significatifs à 0.5 ne se retrouvent que chez les sujets provenant du C.S.S. Aucune donnée connue ne permet cependant d'expliquer la différence trouvée entre la clientèle du C.S.S. et celle de C.L.S.C. ou de milieu scolaire. Par ailleurs, il est à noter que les changements significatifs se retrouvent chez les sujets ayant un niveau de tension nerveuse significativement supérieure.

Deuxième phase. Par rapport à la première hypothèse de travail, une réduction significative ($p < 0.05$) de «l'anxiété situationnelle» se retrouve chez tous les sujets, tandis que le «trait d'anxiété» des sujets ne subit aucune réduction significative ($p > 0.05$). Par rapport à la deuxième hypothèse de travail, les sujets masculins ont des scores d'«anxiété situationnelle» et de «trait d'anxiété» significativement supérieurs à la moyenne ($p < 0.05$). Les sujets féminins possèdent un «trait d'anxiété» significativement supérieur ($p < 0.05$) à la moyenne, ce qui n'est pas le cas en ce qui concerne «l'anxiété situationnelle».

La première hypothèse de travail est donc confirmée, ce qui réaffirme l'adéquacité d'une intervention anti-stress pour réduire «l'anxiété situationnelle». La deuxième hypothèse de travail, quant au taux d'«anxiété situationnelle» plus élevé chez les clients participants, est partiellement

confirmée; le niveau d'«anxiété situationnelle» non significativement supérieur des sujets féminins est étonnant, mais nous n'avons pas de données pour expliquer ce fait.

CONCLUSION

Quant à la recherche.

Bien que l'évaluation que nous avons faite des expériences d'intervention anti-stress soit très partielle, les résultats, surtout dans la deuxième phase, vont dans le sens des travaux de recherche antérieurs quant à la diminution de «l'anxiété situationnelle» à court terme. En référence à ces travaux, on peut penser que l'enseignement des exercices de relaxation y contribue pour beaucoup.

Pour vérifier les effets à plus long terme, nous avons tenté des expériences de relance (un et deux ans plus tard) auprès d'un sous-échantillon de sujets ayant participé à ces groupes. Les difficultés à retracer les participants se sont révélées plus grandes que prévues; par exemple, seuls deux clients parmi quatorze d'une des institutions participantes ont pu être rencontrés pour ce type d'entrevue.

Il ne nous a pas été possible au cours de cette recherche de vérifier l'impact des efforts de modification des stressseurs. Cette dimension de l'intervention s'adresse aux causes de la tension et devrait porter des effets à plus long terme. Les recherches antérieures décrites précédemment nous apprennent que la combinaison de deux traitements (une méthode de relaxation plus une autre méthode) s'avère plus efficace et donne de meilleurs résultats que l'application d'une seule technique. Autant de raisons de poursuivre les efforts pour une évaluation plus complète et à plus long terme de ces expériences.

Quant à l'intervention.

L'expérience acquise au cours de ces deux années nous a permis de dégager des lignes directrices pour parfaire le schéma d'intervention.

Nous allons privilégier la modalité de groupe pour des raisons cliniques et économiques. Trois éléments sont marquants dans les expériences réalisées sous cette modalité : la motivation et la créativité sont stimulées par l'expérience des autres participants; de plus, la participation au groupe brise l'isolement social souvent observé chez les personnes souffrant de stress. L'ère des restrictions

budgétaires nous oblige à rechercher des services moins coûteux : la modalité de groupe pour l'intervention anti-stress permet une économie de ressources appréciable.

Les raisons de notre intérêt pour l'approche de groupe tiennent aussi à des facteurs idéologiques et scientifiques. Nous croyons important que la pratique des intervenants sociaux comporte une dimension sociale. Or, la pratique de l'intervention anti-stress auprès de groupes «homogènes», où les participants ont un ou plusieurs «stresseurs» communs, permet de déboucher sur une action collective, c'est-à-dire sur l'utilisation de moyens collectifs pour la modification d'un ou de plusieurs facteurs choisis. Ainsi, d'autres stagiaires tentent présentement des expériences dans un centre d'accueil pour personnes âgées et dans un hôpital pour malades chroniques. Nous nous proposons d'observer le potentiel de mobilisation des participants en vue d'une action de groupe en rapport avec les «stresseurs» de la vie institutionnelle.

L'importance du support social retient de plus en plus l'attention des auteurs qui se préoccupent des moyens de contrer le stress (House, 1981 et Simpson, 1980). Bien que la recherche demeure encore embryonnaire sur ce sujet, quelques résultats préliminaires suggèrent que le support émotionnel fourni par les réseaux informels contribue à diminuer le stress et à réduire ses effets négatifs sur la santé. Nous croyons que l'expérience de partage en groupe peut sensibiliser les participants à cette dimension et nous formulons l'hypothèse que certains de ces groupes d'intervention anti-stress se transformeront en groupe de support.

La modalité de groupe exige cependant une pédagogie particulière, pédagogie qui est loin d'être tout à fait au point. Elle sera donc raffinée en tenant compte des expériences et des modèles fournis par la littérature récente.

NOTE

1. Nous remercions madame Sheilagh Hodgins de nous avoir permis l'utilisation des tests psychologiques.

RÉFÉRENCES

BECK, F.M., KAUL, T.S., RUSSELL, R.K., 1978, Treatment of dental anxiety by cue-controlled relaxation, *Journal of Counselling Psychology*, vol. 25, 6, p. 591-594.

- BEDELL, J.R., 1976, Systematic desensitization, relaxation-training and suggestion in the treatment of test anxiety, *Behavior Research and Therapy*, vol. 14, 4, p. 309-311.
- BERGERON, J., LANDRY, M., BÉLANGER, D., 1976, The development and validation of a french form of the state-trait anxiety inventory, Chapter 4 in C.D. Spielberger, R., Diaz-Guerrero (Eds.) *Cross-cultural Anxiety*, N.Y., Halsted Press, /Wiley.
- BERNIER, D., 1978, La recherche-action : Aspects historiques et applications aux pratiques du service social, *Intervention*, n° 51, p. 9-15.
- BERNIER, D., 1980, Stress et intervention psychosociale, *Intervention*, Hiver 1980, n° 57, p. 13-21.
- DOHRENWEND, B.P. and DOHRENWEND, B.S., 1969, *Social status and psychological disorder : a causal enquiry*, N.Y., John Wiley and Sons.
- ENO, E.N., 1975, A comparison study of the level of state-trait anxiety and muscle tension of alcoholics when treated by electromyograph biofeedback relaxation training and other clinical techniques, *Dissertation Abstracts International*, vol. 36, 4-B, p. 1914.
- FRANKENHAEUSER, M., 1980, Psychoneuroendocrine approaches to the study of stressful person-environment transactions, in *Selye's Guide to Stress Research*, vol. I, Van Nostrand Reinhold Co., Toronto, p. 46-70.
- HENRY, J.P., MECHAN, J.P., 1981, Psychosocial stimuli, physiological specificity and cardiovascular disease, in *Brain, Behavior and Bodily Disease*, ed. H. Weiner, M.A. Hofer and A.J. Stunkard, Raven Press, N.Y., p. 305-333.
- HOUSE, J., 1981, *Work Stress and Social Support*, Addison-Wesley.
- JENKINS, C.D., 1978, Low Education : a risk factor for death, *N. Engl. J. Med.*, 299, p. 95-97.
- KNOX, W.J., 1980, An exploratory study of state-trait anxiety as a function of automated relaxation training, desired changes and drinking behavior, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 36, 1, p. 332-337.
- LABORIT, H., 1979, *L'inhibition de l'action*, Masson, P.U.M.
- LAZARUS, R.S., COHEN, J.B., FOLKMAN, S., KANNER, D., and SCHAEFER, C., 1980, Psychological stress and adaptation : some unresolved issues, in *Selye's Guide to Stress Research*, vol. I, Van Nostrand Reinhold Co., Toronto, p. 90-117.
- MILLER, M.P., MURPHY, P.J., MILLER, T.P., 1978, Comparison of electromyographic feedback and progressive relaxation training in treating circumscribed anxiety stress reactions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 46, 6, p. 1291-1298.
- MORISSETTE, P., 1981, *Le stress et la classe défavorisée*, rapport de stage de maîtrise, École de service social, U. de M.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., and PEPPER, M.P., 1974, Social class, life events, and psychiatric symptoms : a longitudinal study, in Dohrenwend, B.S. and Dohrenwend, B.P. (eds.), *Stressful Life Events*, N.Y. John Wiley and Sons.
- PARKER, J.C., GILBERT, G.S., 1978, Anxiety management in alcoholics : a study of generalized effects of relaxation techniques, *Addictive Behavior*, vol. 3, 2, p. 123-127.
- RABIN, M.C., 1976, The relative efficacy of three short-term therapy analogues in the reduction of anxiety,

- Dissertation Abstracts International*, vol. 37, 5-B, p. 2522.
- RUSSELL, R.K., WISE, F., 1976, Treatment of test anxiety by cue-controlled relaxation and systematic desensitization, *Journal of Counselling Psychology*, vol. 23, 6, p. 563-566.
- SCOPP, A.L., 1975, Anxiety reduction through breathing and muscle relaxation training : cognitive and affective concomitants, *Dissertation Abstracts International*, vol. 35, 11-A, p. 7135.
- SHOEMAKER, J.E., 1977, Treatments for anxiety neurosis, *Dissertation Abstracts International*, vol. 37, 10-B, p. 5377-5378.
- SIMPSON, M.E., 1980, Societal Support and Education, in L. Kutash, L. Schesinger and Associates, *Handbook on Stress and Anxiety*, Jossey-Bass, p. 451-462.
- SPIELBERGER, C.D., 1972, Anxiety as an emotional state in C.D. Spielberger (ed.) : *Anxiety*, N.Y. Academic Press.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L., LUSHENE, R.E., 1970, *Manual for the state-trait anxiety inventory*, Palo Alto : Consulting Psychologists.
- WALDRON, I., 1980, A quantitative analysis of cross-cultural variation in blood pressure and serum cholesterol, *Psychosom. Med.*, in Press.
- WEINER, D.E., 1977, The effects of mantra meditation and progressive-relaxation on self-actualization, state and trait anxiety and frontalis muscle tension, *Dissertation Abstracts International*, vol. 37, 8-B, p. 4174.

SUMMARY

The present study concerns an anti-stress intervention involving a social and health services clientele. This category of the population represents the individuals who are statistically the most affected by stress. The anti-stress intervention used consists in assisting the individual to work towards the modification of his "stressors" and to permit him to reduce psycho-physiological tension as a result of the practice of progressive relaxation. Results demonstrate that a portion of this clientele is effectively more anxious than the mean of the population and that the intervention permits a significant reduction of situational anxiety as measured by the STAI.