



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DU 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
LYNE RIVEST

EFFET DU PROGRAMME *GESTION DES BUTS PERSONNELS*
SUR LA SANTÉ MENTALE DE FEMMES
AYANT ÉTÉ VICTIMES D'AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL
DANS L'ENFANCE OU À L'ADOLESCENCE

AOÛT 2008

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel que stipulé dans les règlements des études avancées (art.16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité des études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche apparaît donc comme coauteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Ce projet pilote a pour but d'examiner l'impact du programme *Gestion des buts personnels* (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2008) sur la santé mentale de femmes ayant été agressées sexuellement dans leur enfance ou à l'adolescence. Cette démarche d'apprentissage, basée sur une approche cognitive, vise l'élaboration, la planification et la poursuite de buts significatifs. Treize femmes âgées entre 31 et 58 ans ont suivi le programme. L'Inventaire clinique multiaxiale de Millon-III (MCMI-III, 2002) et le questionnaire Processus de réalisation des buts (Bouffard, Lapierre, & Dubé, 2004) sont utilisés comme mesures avant et après la participation au programme. L'analyse comparative des moyennes fait ressortir une amélioration significative de la santé mentale, caractérisée par la diminution des trois syndromes dépressifs (personnalité dépressive, dysthymie, dépression majeure), ainsi que des troubles de pensée et des symptômes de personnalité limite, et ce, malgré un relatif maintien de l'anxiété.

Mots clés : santé mentale, programme, gestion des buts, femmes, victimes d'agression sexuelle

Abstract

The purpose of this pilot project was to examine the impact of the *Gestion des buts personnels* program (Personal Goals Management Program) (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2008) on the mental health of women who have been sexually assaulted in their childhood or adolescence. This learning process, based on a cognitive approach, aims at the elaboration, the planning and pursuit of significant goals. Thirteen women aged between 31 and 58 years followed the program. The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III, 2002) and the questionnaire *Processus de réalisation des buts* (Goal Realization Process Questionnaire) (Bouffard, Lapierre, & Dubé, 2004) are used as measures before and after their participation in the program. The comparative analysis of the means shows a significant improvement of mental health, characterized by the reduction of three types of depression (depressed personality, dysthymia, major depression), as well as of thought disorder and symptoms of borderline personality disorder and this, despite a relative maintained level of anxiety.

Key words : mental health, program, goals management, women, victims of sexual assault

Table des matières

Résumé français.....	iii
Résumé anglais	iv
Table des matières	v
Remerciements	vi
Article	
Contexte théorique	1
Méthode	6
Résultats	10
Discussion	13
Références	21
Tableau 1 Les étapes du programme <i>Gestion des buts personnels : Je prends ma vie en main</i>	28
Tableau 2 Comparaison entre le prétest et le post-test pour les échelles du MCMII-III	29

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma directrice d'essai, madame Micheline Dubé, Ph. D. Je la remercie d'abord de m'avoir offert la possibilité de travailler au sein de son équipe de recherche sur l'application du programme d'intervention auprès d'une nouvelle clientèle cible tout en me permettant d'utiliser les données recueillies. Je la remercie également pour sa grande disponibilité, sa générosité, son soutien inconditionnel ainsi que pour ses judicieux conseils. Son aide précieuse ainsi que sa confiance en mes capacités ont permis l'aboutissement de cet article.

J'aimerais souligner la généreuse collaboration du centre Aqua-R-Elle de Victoriaville, notamment celle de Claudine Dubé qui s'est impliquée auprès des participantes en tant qu'animatrice des interventions, dans la cueillette des données ainsi que dans l'adaptation du programme auprès des femmes ayant été VACS. Un grand merci aux animatrices du centre pour leur travail d'animation et un merci spécial aussi aux participantes de la recherche qui ont accepté de partager leur expérience de vie en matière d'agression sexuelle afin d'approfondir nos connaissances sur le sujet.

**EFFET DU PROGRAMME *GESTION DES BUTS PERSONNELS* SUR LA SANTÉ
MENTALE DE FEMMES AYANT ÉTÉ VICTIMES D'AGRESSIONS À CARACTÈRE
SEXUEL DANS L'ENFANCE OU À L'ADOLESCENCE**

**EFFECT OF THE PERSONAL GOALS MANAGEMENT PROGRAM ON THE MENTAL
HEALTH OF WOMEN WHO HAVE BEEN VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT IN THEIR
CHILDHOOD OR ADOLESCENCE**

LYNE RIVEST

Doctorante
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

MICHELINE DUBÉ

Professeure
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
CP 500, Trois-Rivières, Qc, Canada, G9A 5H7
micheline.dube@uqtr.ca
Tél. : 819-376-5011 poste 3534
Télec. : 819-375-5195

Effet du programme *Gestion des buts personnels* sur la santé mentale de femmes ayant été victimes d'agressions à caractère sexuel dans l'enfance ou à l'adolescence

La problématique de l'agression à caractère sexuel attire de plus en plus l'attention comme en témoigne l'information diffusée dans les médias. Les abus sexuels laissent des cicatrices profondes dans la vie des enfants à court et à long terme (Beitchman et al., 1992), des cicatrices qui peuvent même perdurer tout au long de leur vie (Molnar, Buka, & Kessler, 2001). Parmi les conséquences, les victimes souffrent subséquemment de nombreux problèmes de santé mentale, le plus commun étant la dépression selon différentes synthèses de la documentation (Beitchman et al., 1992; Browne & Finkelhor, 1986). Plus récemment, d'autres conséquences émergent à répétition dans les recensions d'études sur le sujet. Parmi les plus fréquentes, notons la peur et l'anxiété (Bergeron & Hébert, 2006; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Ullmann, 2004), une faible estime de soi et des troubles psychiatriques (Meadows & Foa, 1998; Molnar, Buka, & Kessler, 2001), la consommation abusive de substances, les idées et comportements suicidaires (Bergeron & Hébert, 2006; Meadows & Foa, 1998; Ullmann, 2004) et les distorsions cognitives (Briere & Elliott, 1994; Briere & Runtz, 1993; Cukor & McGinn, 2006). Bergeron et Hébert (2006) soulignent que les femmes ayant été victimes d'agressions à caractère sexuel (VACS) dans l'enfance ou à l'adolescence sont non seulement plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, mais elles sont aussi plus à risque d'être revictimisées et d'éprouver des problèmes au niveau de leur sexualité.

Devenues adultes, ces victimes diffèrent dans leur façon de réagir et de gérer les conséquences de leurs expériences traumatisantes. Elles éprouvent de réels problèmes

à identifier, planifier et poursuivre des buts et des projets personnels significatifs, ce qui a un impact néfaste sur leur bien-être. Dans leur processus de guérison, l'atteinte de leurs projets de vie devient primordiale pour leur survie (Miltenburg & Singer, 1997) et une démarche axée sur la répartition de buts appropriés leur est très profitable (Lese, 1997). La participation à un groupe de soutien ne semble pas suffisante pour amener certaines femmes VACS à accéder à un bien-être psychologique. Elles éprouvent encore de la difficulté à identifier des objectifs personnels et à mettre des actions en place pour les atteindre; elles ont de la difficulté à se projeter dans le futur avec des buts et des projets (Miltenburg & Singer, 1997).

L'objectif du présent projet pilote est d'examiner l'impact du programme *Gestion des buts personnels* sur la santé mentale de femmes ayant été VACS dans leur enfance ou dans leur adolescence. Ce programme vise à amener les participantes à identifier, planifier et poursuivre des buts personnels source de sens pour elles.

Buts personnels et santé mentale

Un des modèles explicatifs du bien-être psychologique fait appel, entre autres, aux buts personnels (Nuttin, 1985). En fait, la seule existence de buts personnels significatifs améliorerait la santé mentale (Brunstein, 1993; Karoly, 2000; Lecci, Okun, & Karoly, 1994; Little, 1999; Nurmi, 1998; Salmela-Aro & Nurmi, 1997; Schmuck & Sheldon, 2001). La présence de buts est donc liée positivement au bien-être psychologique. Inversement, l'absence de but est reliée à des problèmes de santé mentale. En l'occurrence, le fait de ne pas avoir de but engendre la dépression (Cantor, 2003; Emmons, 2003; Lecci, Karoly, et al., 1994; Salmela-Aro & Nurmi, 1996) et l'anxiété (Lecci, Okun, & Karoly, 1994). Mais, tous les types de but n'auraient pas la même incidence. Les buts intrinsèques (p. ex. croissance personnelle, relations

interpersonnelles), contrairement aux buts extrinsèques (p. ex. réussite, popularité), sont associés positivement au bien-être psychologique (Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996). Des buts atteints après une longue période de temps peuvent être bénéfiques à condition d'être divisés en différentes étapes (Watson & Tharp, 1997). Des buts concrets apporteraient un plus grand bien-être que des buts abstraits, associés à la dépression (Bandura & Simon, 1997).

Cependant, les chercheurs qui s'intéressent aux buts personnels semblent s'être peu intéressés aux VACS. Peu de données sont disponibles pour illustrer les conséquences d'un tel traumatisme sur la capacité à se projeter vers le futur, à cheminer vers des pensées plus positives et une meilleure santé mentale. Pour Miltenburg et Singer (1997), plusieurs problèmes vécus par les VACS sont étroitement liés aux objectifs de vie et aux stratégies mises en place pour parvenir à les atteindre (planification de buts).

La gestion des buts et la santé mentale

Le programme *Gestion des buts personnels* de Dubé, Lapierre, Bouffard et Alain (2007) a des bases théoriques et empiriques rigoureuses. Ces interventions, issues du courant de la psychologie positive, se basent sur les approches cognitive et comportementale. De façon globale, ce processus d'intervention implique l'apprentissage d'une démarche qui soutient l'acquisition de nouvelles compétences relatives aux étapes de la réalisation de projets dans le but d'augmenter le bien-être subjectif. Cette procédure thérapeutique favorise le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle ainsi que l'identification des croyances irrationnelles négatives influençant les émotions et les comportements qui interfèrent avec la réalisation des projets. Par la suite, grâce à l'apprentissage de la méthode des buts, ces compétences

pourront être transposées dans d'autres sphères de vie (deuil, relations interpersonnelles, santé, travail, etc.).

Le programme est structuré de façon à couvrir l'ensemble des étapes du processus de réalisation des buts personnels, du désir d'accomplissement jusqu'au terme de la réalisation du projet et de son évaluation finale (voir Tableau 1). Il comprend quatre étapes, chacune étant reliée au bien-être psychologique (Bouffard, Bastin, Lapierre, & Dubé, 2001; Cantor & Sanderson, 1999; Lapierre, Dubé, Bouffard, & Alain, 2007; Nuttin, 1985). La première étape est l'*Élaboration* d'un but particulier à préciser en un objectif concret. Elle correspond au simple fait d'avoir des buts, ce qui diminue la probabilité de dépression (Smith & Robbins, 1988). La seconde est la *Planification* des étapes qui permet de réaliser ce but spécifique. Elle place l'individu dans un état d'esprit favorisant le bien-être psychologique, créant alors de bonnes conditions pour préparer l'action et favoriser la poursuite efficace du but ciblé (Bandura, 1993; Taylor & Gollwitzer, 1995).

La troisième, la *Poursuite* du but, consiste à la régulation de l'action pour assurer un progrès vers le but; elle est la démarche vers l'objectif, porteuse de bien-être par de nombreux bénéfices psychologiques; elle favorise le sens de l'accomplissement personnel (Kuypers & Bengtson, 1973), l'émergence d'affects positifs (Lawton, Moss, Winter, & Hoffman, 2002), la qualité de l'expérience vécue (Csikszentmihalyi, 2004) et a une grande valeur adaptative (Lazarus & DeLongis, 1983). Dans son étude longitudinale, Brunstein (1993) indique que le progrès vers la réussite des buts est un prédicteur significatif du bien-être psychologique subséquent, et non l'inverse. Finalement, l'*Évaluation* globale du résultat et de la démarche elle-même permettent de vérifier le degré d'atteinte des buts et la satisfaction. Le degré de réalisation des buts est l'une des dimensions de l'évaluation ayant le plus de conséquences sur le bien-être

psychologique (Brandstädter & Renner, 1990; Brunstein, 1993; Emmons, 1986; Lecci et al., 1994). Hinz et Matz (1997) ont remarqué que les individus qui atteignent leurs buts s'évaluent positivement et ont un sentiment élevé d'efficacité personnelle. Cependant, la réalisation peut aussi être associée positivement à l'anxiété et à la dépression (Salmela-Aro & Nurmi, 1997). L'évaluation du résultat semble dépendre de la perception et des attentes que la personne s'est construites au départ.

Le programme *Gestion des buts personnels* a été adapté à diverses populations. Il a entre autres été très bénéfique auprès de personnes âgées (Bouffard et al., 1996), de retraités (Dubé, Lapierre, Bouffard, & Labelle, 2000; Dubé et al., 2007), d'étudiants universitaires (Bouffard et al., 2001) et de patients suicidaires (Lapierre et al., 2007). De façon générale, l'application du programme auprès de ces populations a permis d'augmenter significativement plusieurs indices de bien-être psychologique, tels le sens à la vie, la satisfaction de vivre, l'estime de soi, l'actualisation de soi, le niveau d'espoir en la réalisation des projets, en plus de favoriser une baisse de la dépression.

Récemment, dans une étude sur de jeunes retraités, Dubé et al. (2007) concluent que le programme a contribué à augmenter leur espoir et leur bien-être psychologique, à développer des habiletés du processus de réalisation des buts, et à diminuer significativement leur niveau de dépression et de détresse psychologique. Ces résultats positifs à la suite de leur participation au programme se sont maintenus six mois plus tard. Des analyses de régression démontrent que le bien-être des participants découle de l'effet médiateur des buts.

Il paraît donc clair qu'il est bénéfique pour la santé mentale d'avoir des buts ou d'être orienté vers des buts. Afin d'atteindre un mieux-être, l'apport d'une approche cognitive auprès des VACS leur serait aussi profitable (Meadows & Foa, 1998). Il est

recommandé de mettre l'accent sur le changement et le contrôle des pensées nuisibles et des réponses émotives qui en découlent, ainsi que sur l'apprentissage de compétences favorisant une meilleure attitude face aux situations anxiogènes (Miltenburg & Singer, 1997). Ainsi, il semble pertinent d'offrir une démarche qui permette aux femmes VACS de choisir et de poursuivre des buts importants en vue de les réaliser, et ceci, dans une approche cognitive comportementale. Connaissant maintenant mieux l'impact favorable de se donner et de poursuivre des buts personnels, il est justifié de procéder à l'application d'un tel programme d'intervention auprès de ces femmes pour les aider à se projeter dans des projets futurs et ainsi leur permettre d'améliorer leur santé mentale. L'objectif est que leur participation au programme *Gestion des buts personnels* se traduira par une amélioration tant au niveau de leur capacité à réaliser les différentes phases du processus de réalisation des buts que de leur santé mentale.

Méthode

Participant

Le projet pilote a été réalisé auprès de 13 femmes âgées entre 31 et 58 ans ($M = 45,08$ ans, $ÉT = 2,04$) recrutées parmi une population de 20 femmes ayant préalablement participé à un groupe de soutien d'un CALACS (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel). Après ce premier cheminement de près de trois mois les amenant à se rétablir d'événements stressants, ces femmes souhaitent mettre en place des actions afin de favoriser leur intégration sociale et leur permettre d'atteindre des buts susceptibles de les aider à retrouver un sens à leur vie. Ne sont retenues que celles ayant complété le programme *Gestion des buts personnels* et ayant des réponses valides aux questionnaires tant en prétest qu'en post-test ($n = 13/20$). Une

personne a refusé de participer, une autre s'est désistée pour des raisons de santé et deux ont quitté après l'étape de planification pour effectuer un retour au travail, ce qui concrétisait le but qu'elles s'étaient fixé. Trois ont été retirées des analyses, une pour des questionnaires incomplets et deux pour des réponses invalides aux MCMI. Toutes ont été VACS au moins une fois dans l'enfance ou à l'adolescence. La majorité a été victime d'une agression sexuelle extrafamiliale dans l'enfance ou à l'adolescence (10/13, dont 4 par plus d'un agresseur) ou a subi l'inceste (8/13, dont 4 par plus d'un agresseur). Six d'entre elles ont vécu ces deux formes d'agression. Le taux de revictimisation est important, toutes sauf une rapportent avoir été victime d'agressions alors qu'elles étaient adultes, soit par agression sexuelle (11/13) ou par harcèlement (7/13). Sur les 13 participantes, 12 ont été victimes d'au moins 2 agresseurs au cours de leur vie pour une moyenne de 3,9 et un maximum de 9. Ces agressions ont aussi duré plus de deux ans dans la moitié des cas, et même plus de cinq ans pour 6 d'entre elles. Les participantes, des Québécoises francophones, proviennent de milieux socio-économiques et démographiques divers. Leur niveau de scolarité varie de primaire (1/13), à secondaire (10/13), à collégial (2/13).

Instruments de mesure

Santé mentale. L'Inventaire clinique multiaxiale de Millon-III (MCMI-III, Millon, 2002, adaptation canadienne-française par Stephenson, Bouthillier, & Brillon) exige environ 20-25 minutes de passation. Composé de 175 énoncés auxquels le sujet répond sur une échelle dichotomique « vrai » ou « faux », cet instrument d'auto-évaluation, conçu en conformité avec les indications du DSM-IV, permet d'identifier 24 échelles cliniques réparties en 4 catégories (voir le Tableau 2 pour la liste de ces échelles). Elles consistent en 14 troubles de la personnalité de l'axe II subdivisés en 2 sous-groupes (11

patrons cliniques modérés et 3 désordres sévères) et en 10 syndromes cliniques de l'axe I également subdivisés en 2 groupes (7 modérés et 3 sévères). Le score global varie entre 0 et 115; 0 à 74 correspond à l'absence de trouble; 75 à 84 indique la présence de traits de personnalité ou la possibilité d'un désordre ou d'un syndrome dans le fonctionnement de l'individu; 85 et plus indique la présence d'un trouble de la personnalité ou d'un syndrome clinique. Un score final égal ou supérieur à 75 est considéré élevé et un score de moins de 60 est considéré bas et sous la norme. Le MCMI-III comporte aussi un index de validité et trois échelles de modification qui permettent de vérifier la validité des réponses. Selon Millon, Millon et Davis (1994), les énoncés de cet instrument ont une bonne fidélité test-retest : corrélation moyenne de 0,80 pour les 11 échelles de traits de personnalité, de 0,75 pour les 3 échelles de désordres sévères de la personnalité et de 0,65 pour les 10 syndromes cliniques de l'axe I. Les coefficients de validité varient de 0,75 à 0,95.

Réalisation des Buts. Le questionnaire Processus de réalisation des buts de Bouffard, Lapierre et Dubé (2004) permet de vérifier l'effet des interventions sur la propension à se donner des buts, les planifier et les réaliser. Il comporte 30 items auxquels les participants répondent sur une échelle de type Likert (1 à 7) allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Ses trois sous-échelles, élaboration ou choix des buts, planification du but et poursuite du but, donnent un score global évaluant le processus général de réalisation des buts. Ce questionnaire présente une consistance interne élevée ($\alpha = 0,91$) (Bouffard et al., 2004).

Déroulement

Après un premier contact téléphonique réalisé par une intervenante du CALACS au cours duquel le programme leur est présenté, les participantes qui acceptaient

remplissaient un recueil d'informations sociodémographiques et répondaient aux deux questionnaires lors d'une rencontre individuelle. Ces mesures ont été complétées à nouveau à la fin du programme d'intervention. Les participantes ont été réparties en trois groupes, chacun d'eux étant animé par deux des quatre intervenantes formées pour ce programme et expérimentées dans l'animation de groupes. Les rencontres hebdomadaires se déroulaient à raison de deux heures et demie par séance, s'échelonnant sur 12 à 15 semaines, selon le rythme des groupes.

Le programme *Gestion des buts personnels* a été initialement conçu par Dubé et al. (2005) pour des retraités. Pour notre étude pilote, il a été adapté par une équipe composée de chercheurs et d'intervenantes du CALACS afin d'être appliqué auprès d'une population de femmes VACS. Cette nouvelle version s'intitule *Je prends ma vie en main* (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2008). Le guide d'animation et le guide du participant incluent la démarche à suivre selon des directives structurées pour chacune des rencontres des différentes étapes du processus : l'élaboration, la planification, la poursuite du but et l'évaluation finale du résultat et de la démarche elle-même (voir Tableau 1).

La formation et la supervision des quatre animatrices ont été assumées par l'une des conceptrices du programme initial : elles ont vécu l'expérience des différentes étapes du processus avant de débiter l'animation, elles ont reçu une supervision rigoureuse de huit séances de trois heures chacune.

La participation aux rencontres a été très bonne, seules de rares absences ont été notées. Bien que l'identification des croyances irrationnelles et des pensées nuisibles soit l'un des objectifs de l'étape d'élaboration, par la suite, les animatrices ont porté une attention particulière à les déceler et à les dénoncer. Il leur importait aussi de pratiquer

une animation souple relativement aux aspects socio-émotifs. Par exemple, prêter attention aux besoins individuels et à l'ouverture du vécu, effectuer des retours fréquents sur les exercices antérieurs, favoriser un climat de confiance, d'empathie, de chaleur et de cohésion. Les animatrices veillaient à ce que les participantes intègrent le processus, structuraient et encadraient le groupe pour favoriser la progression à travers le contenu des différentes étapes de la démarche, assurant ainsi l'efficacité du programme.

Analyse des données

Étant donné le petit nombre de participantes et l'absence de groupe contrôle, des comparaisons de moyenne pour données appariées (tests-t) sont utilisées pour vérifier si la démarche a entraîné l'amélioration escomptée sur la santé mentale des femmes VACS entre le prétest et le post-test. Considérant le grand nombre d'échelles, des corrections de Bonferroni seront appliquées. La présentation des résultats qui suit ne fera état que des analyses significatives afin d'alléger le texte.

Résultats

Les premières analyses vérifient l'effet de la manipulation expérimentale. Les analyses subséquentes s'attarderont aux effets du programme sur la santé mentale des participantes.

Les comparaisons de moyennes entre les deux prises de mesure du Processus de réalisation des buts révèlent que, globalement, l'intervention a produit une amélioration significative sur la façon d'aborder l'identification et la réalisation de buts ou projets (prétest : $M = 4,04$, $ÉT = 1,32$; post-test : $M = 5,20$, $ÉT = 1,07$; $t(12) = 3,90$, $p = 0,002$). Cette progression est attribuable aux trois sous-échelles qui présentent toutes une amélioration significative. Ainsi, pour l'*Élaboration des buts* la moyenne passe de 4,26 ($ÉT = 1,36$) à 5,25 ($ÉT = 1,34$) à la fin du programme ($t(12) = 3,06$, $p = 0,01$). La

Planification des buts présente également une hausse de 3,83 ($\acute{E}T = 1,31$) à 5,04 ($\acute{E}T = 0,94$) après la participation aux ateliers ($t(12) = 4,22, p = 0,001$), et la *Poursuite des buts* progresse de 4,03 ($\acute{E}T = 1,45$) à 5,35 ($\acute{E}T = 1,05$) ($t(12) = 3,72, p = 0,003$). Plus précisément, les résultats montrent une amélioration pour 11 des 13 participantes entre le prétest et le post-test pour chacune des trois sous-échelles. Pour les deux participantes n'obtenant pas d'amélioration, l'une connaît une légère diminution, l'autre conserve le même score.

Le programme *Gestion des buts personnels* a produit l'effet escompté sur le processus des buts, mais observe-t-on concurremment une amélioration de la santé mentale des femmes ayant été VACS ? Le Tableau 2 présente les moyennes et les écarts-types au prétest et au post-test pour toutes les échelles du MCMI-III. De façon globale, on constate une diminution significative sur 5 de ces 24 échelles de santé mentale. Parmi celles-ci, trois couvrent des aspects de la dépression. Une diminution des syndromes cliniques est observée chez 11 des 13 participantes pour la *Dépression majeure* et chez une participante de plus (12/13) à l'échelle *Dysthymie*. Il est aussi noté une amélioration significative à l'échelle *Dépressif* des troubles de personnalité chez 10 des 13 participantes.

Bien que les trois aspects de la dépression diminuent, les résultats à l'échelle *Anxiété* demeurent élevés, plus particulièrement chez 4 des 13 participantes qui semblent encore aux prises avec une anxiété pathologique à la fin du programme. Nonobstant ce résultat, les interventions ont tout de même contribué à réduire l'anxiété chez les 9 autres sujets, la moyenne se voyant diminuée de 81,69 à 58,31.

Deux autres échelles du MCMI-III présentent aussi une différence significative entre les deux temps de mesure. Une diminution marquée est observée chez toutes les

participantes (13/13) pour un syndrome clinique sévère, *Trouble de pensée*. Une seconde échelle présentant aussi une diminution significative est le Trouble de personnalité sévère, personnalité *Limite*, pour lequel une seule des 13 participantes ne connaît pas d'amélioration à la fin du programme. Les participantes dont le profil au MCMI-III rapporte le plus grand nombre de patrons cliniques (pattern) dysfonctionnels (score de 75 et plus, traits et troubles confondus) seraient plus à risque, selon Widiger, Sanderson et Warner (1986), de faire partie du registre d'une personnalité limite, même si cette échelle ne ressort pas comme étant pathologique chez ces mêmes sujets. De ce fait, les quatre participantes pour lesquelles il ressort un plus grand nombre de ces patrons cliniques (12 à 18 au prétest) ont effectivement soit un trait (n = 3) ou un trouble (n = 1) de personnalité limite avant leur participation au programme. Au post-test, une seule participante a un trait de personnalité limite parmi les cinq qui présentent le plus grand nombre de ces patrons cliniques (5 à 9) sur leur profil global du MCMI-III.

L'étude cas par cas fait ressortir que, au prétest, 10 des 13 participantes présentaient au moins un trouble quelconque de santé mentale au MCMI-III (scores de 85 et plus) sur les échelles ressortant comme significatives dans notre étude : *Dépressif* (n = 3), *Dysthymie* (n = 1), *Dépression majeure* (n = 5), *Trouble de pensée* (n = 1) et personnalité *Limite* (n = 3). Au post-test, on constate une absence de troubles de personnalité ou de syndromes cliniques chez toutes les répondantes. De même, 6 des 13 participantes présentaient au moins un trait pathologique (scores entre 75 et 84) en prétest : *Dépressif* (n = 5), *Dysthymie* (n = 4), *Trouble de pensée* (n = 1) et personnalité *Limite* (n = 4). En post-test, seulement trois de ces mêmes participantes présentaient encore un trait : *Dépressif* (n = 2) et personnalité *Limite* (n = 1). Une participante qui rapportait un trait sur l'échelle de personnalité *Limite* au prétest manifeste toujours ce

trait en post-test, mais de façon diminuée. Cependant, une participante présente un nouveau trait pathologique en post-test sur l'échelle *Dysthymie* (près de la limite inférieure de cette catégorie). De plus, une autre participante obtenant une cote indiquant un trait sur l'échelle *Dépressif* en prétest obtient quelques points de plus en post-test, faisant alors basculer son score à la limite inférieure d'un trouble dépressif.

Quatre participantes n'améliorent pas leurs résultats au post-test sur nos cinq échelles significatives; les neuf autres bénéficieraient d'un mieux-être par une diminution de tous ces patrons et syndromes cliniques. La non amélioration des moyennes aux autres échelles du MCMI-III est surtout attribuable à une participante en particulier, la seule où l'index de validité indique au post-test la présence d'une tendance à l'exagération de ses symptômes. De ce fait, elle rapporte plus d'augmentation de patrons et de syndromes cliniques (sur 13 des 24 échelles) après le passage aux ateliers comparativement à ses partenaires (une moyenne de 5,41 échelles sur les 24).

Discussion

L'objectif de l'étude pilote était d'examiner les effets du programme *Gestion des buts personnels* sur la santé mentale de femmes VACS dans leur enfance ou adolescence. À la suite de la participation de ces dernières à des groupes de soutien du CAVACS, les intervenantes avaient déjà observé une amélioration générale de leur état. La participation à l'actuel programme faisait suite à cette intervention, et malgré ce fait, d'autres améliorations sont apparues.

Les résultats obtenus ont clairement démontré que leur implication dans ce nouveau programme a contribué à ce qu'elles apprennent la démarche qui sous-tend le processus de réalisation des buts, c'est-à-dire, les participantes ont acquis une plus grande compétence pour identifier des projets futurs, élaborer une planification pour les

atteindre et parvenir à leur réalisation. De façon globale, le programme les a aidées à se sentir plus compétentes dans les différentes phases de réalisation de leurs projets, ce qui peut les amener à reprendre du pouvoir sur leur vie, tels se prendre en main et passer à l'action. Ces résultats sont d'autant plus significatifs que, selon Miltenburg et Singer (1997), les objectifs que les victimes d'abus et de négligence se fixent sont cruciaux pour leur survie puisqu'ils leur donnent la force de continuer, donnent un sens à leur vie et sont des sources potentielles de satisfaction. D'ailleurs, les participantes ont identifié et poursuivi des buts susceptibles d'orienter différemment leur vie comme un retour aux études, un retour sur le marché du travail, une implication dans des activités sociales ou de loisirs, un déménagement... De plus, apprendre le processus lui-même leur permettra de l'appliquer dans d'autres situations, ce qui favorisera sans doute un bien-être qui perdure.

Le programme de gestion des buts a aussi produit des bénéfices sur la santé mentale de femmes VACS dans leur enfance ou adolescence. L'effet est positif sur chacune des cinq échelles s'avérant significatives puisque la majorité des participantes (9/13) y présente des améliorations. Ces résultats appuient les observations antérieures à l'effet que cette démarche favorise un fonctionnement optimal et une meilleure santé mentale (voir p. ex. Dubé et al., 2007).

Dépression

Plusieurs études montrent que la dépression est une conséquence majeure observée chez les VACS (p. ex. Briere & Runtz, 1993; Browne & Finkelhor, 1986; Buzi, Weinman, & Smith, 2007; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett, & Hernandez, 2007). Le programme sur les buts serait efficace pour contrer différents aspects de la dépression auprès de cette clientèle. En effet, les résultats font

ressortir un changement positif aux trois aspects de la dépression, soit le trouble dépressif, la dysthymie et la dépression majeure. L'intervention semble donc avoir une portée immédiate pour diminuer les effets dépressifs.

Comment expliquer la diminution de ces aspects dépressifs ? Le programme amène les participantes à diminuer leurs idées négatives et à les changer en pensées positives, ce qui les aide à se fixer un projet de vie significatif en vue de le réaliser. Planifier ce projet qui leur tient à cœur et voir la possibilité qu'il se réalise, peut devenir une source de motivation et d'intérêt puisque cela implique d'identifier des petits bonheurs qui redonnent de l'espoir. Trois échelles mesuraient différents aspects de la dépression. Un résultat élevé à l'échelle de personnalité dépressive indique que les symptômes perdurent depuis des années, la personne étant figée sous ce mode de fonctionnement. À la suite de leur participation au programme, les participantes rapportent envisager le futur plus positivement, éprouver moins de tristesse, retrouvant ainsi espoir que le plaisir puisse enfin être possible. L'échelle de dysthymie réfère au découragement, au manque d'initiative, à l'apathie et à une faible estime de soi chronique. Selon les réponses des participantes, elles ont appris à développer des intérêts pour des activités plaisantes et à prendre de l'initiative. Elles auraient ainsi pris confiance en leur capacité de réussir, ce qui aurait augmenté leur estime d'elles-mêmes. Elles se décrivent comme plus encouragées par le support externe et tendent à briser leur isolement. L'échelle de dépression majeure réfère à la sévérité des différents symptômes, indiquant jusqu'à une incapacité à fonctionner dans un environnement normal. Confrontées avant le programme à un syndrome de dépression majeure, à la fin du programme, ces participantes rapportent moins de problèmes somatiques, indiquent avoir réduit la fréquence de leurs idées suicidaires et être moins déprimées.

La diminution de tous ces symptômes dépressifs pourrait donc être attribuable au fait que les participantes sont maintenant capables de s'investir dans des projets importants, elles deviennent plus positives face à leurs buts et ressentent plus d'énergie pour les poursuivre jusqu'à leur réalisation. Le programme constitue donc un moyen efficace non seulement pour leur permettre d'atteindre des objectifs personnels, mais il contribue aussi à les aider à retrouver un sens positif à la vie.

Anxiété

De récentes études auprès de personnes ayant des idéations suicidaires (Lapierre et al., 2007) et auprès de jeunes retraités (Dubé et al., 2007) vont dans le même sens. Elles ont démontré que le niveau de dépression et de détresse psychologique diminue significativement à la suite de la participation au programme sur les buts. Ainsi, il appert que différentes populations aux prises avec la dépression et vivant une transition de vie difficile peuvent être aidées par ce programme et voir leurs symptômes dépressifs diminuer.

L'association entre l'agression sexuelle dans l'enfance et l'anxiété généralisée très élevée est une donnée rapportée de façon consistante dans les études. Cependant, bien qu'on observe une diminution de l'anxiété en post-test pour 9 des 13 participantes, cette diminution n'atteint pas le seuil d'un effet significatif. L'anxiété persiste malgré une diminution significative de la dépression. Hébert et Bergeron (2007) rapportent une amélioration de l'anxiété chez les femmes VACS à la suite de leur participation à un groupe de soutien dans un CALACS. Il est possible que, en participant au groupe de soutien avant le programme sur les buts, les participantes aient déjà vu leur anxiété diminuer, bien que la cote d'anxiété soit encore très élevée au prétest. Ainsi,

l'amélioration étant déjà amorcée, les résultats ne démontrent pas d'effet significatif tel que souhaité.

Pensées

L'approche cognitive suggère la présence d'une altération du processus cognitif dans toutes les pathologies, mais à des niveaux variés. Lors d'une prise en charge thérapeutique, il s'avère donc nécessaire d'explorer les schèmes de pensées négatives pouvant empêcher la réalisation des objectifs et des projets personnels. Meadows et Foa (1998) relatent différentes approches thérapeutiques cognitives efficaces auprès des VACS et en démontrent les impacts positifs. L'intervention sur l'identification des croyances négatives intégrée dans le programme a aussi produit l'effet escompté. On observe une amélioration significative sur l'échelle *Trouble de pensée*. Toutes les participantes (13/13) ont présenté une diminution des symptômes sur cette échelle. L'efficacité du programme sur cet aspect a donc pu être démontrée. Typiquement, le trouble de pensées comporte des hallucinations éparses, des illusions non systématiques, une pensée fragmentée ou bizarre; le sujet paraît souvent confus ou désorienté, avec un émoussement des émotions. D'autres part, semblable à l'aspect dépressif, on note des affects inappropriés, un retrait et des comportements secrets ou reclus, amenant la personne à se sentir isolée et incomprise par autrui. Ce type de fonctionnement peut générer de l'anxiété et même l'amplifier.

Personnalité limite

Le programme a également produit une amélioration significative en regard du Trouble de personnalité *Limite* pour 12 des 13 participantes. Le programme, très structuré, offre des interventions encadrantes. Il s'avère très efficace auprès de cette clientèle ayant un déficit structurel et vivant des périodes répétitives de découragement.

Bien que les personnes présentant un score élevé à cette échelle soient instables, le programme semble les aider à retrouver un meilleur équilibre mental.

En effet, les VACS peuvent souvent présenter un ensemble d'attitudes psychologiques et comportementales s'apparentant à celui des personnalités limites; ces symptômes pourraient cependant être considérés comme un syndrome secondaire à un stress traumatique (Darves-Bornoz, 1996). Ce trouble de personnalité présente certaines similitudes avec les aspects dépressifs et des caractéristiques qui peuvent augmenter l'anxiété : absence de régulation des affects perceptible par l'instabilité et la labilité de l'humeur, des pensées récurrentes d'automutilation et de suicide et une ambivalence cognitivo-affective. Morey et Smith (1988) ont passé en revue 12 études se rapportant au score du MMPI pour le trouble de personnalité limite. Leurs conclusions font ressortir qu'en général l'ensemble des profils était élevé, tout comme ce que l'on retrouve pour plusieurs de nos participantes au prétest. Cependant, McCann, Flynn et Gersh (1992) ont identifié sept échelles au MCMI-II qui s'avèrent avoir un meilleur pouvoir de diagnostic qu'une cote à l'échelle de personnalité limite. Les participantes de notre étude obtiennent une cote élevée sur cette dernière échelle, mais ne présentent pas de profil élevé sur les sept échelles de McCann et ses collaborateurs.

Limites

Une étude pilote comme celle-ci comporte certaines limites qui fragilisent l'interprétation des résultats et diminuent la portée des conclusions à notre seule population. Notons d'abord le nombre restreint de sujets et l'absence de groupe contrôle. De plus, cette étude transversale ne permet pas de s'assurer de la persistance des acquis et des bienfaits sur la santé mentale dans le temps, et de vérifier si les

participantes réutilisent la démarche par la suite. Une étude longitudinale permettrait de le faire.

Certaines caractéristiques des participantes peuvent aussi restreindre la généralisation des résultats. Ces femmes VACS avaient déjà eu recours aux services du CALACS et participaient sur une base volontaire, prêtes à amorcer une démarche à effet thérapeutique. Avoir préalablement participé à un groupe de soutien peut faire une différence dans l'application du programme puisque Hébert et Bergeron (2007) observent une amélioration à la suite d'une participation à un groupe de soutien. De plus, des informations supplémentaires sur les agressions à caractère sexuel dont ont été victimes les participantes auraient pu apporter plus de nuances afin de mieux expliquer les effets de la démarche, comme le nombre d'agresseurs, le lien avec celui-ci (intrafamilial ou extrafamilial), la fréquence des agressions, l'utilisation ou non de la force, etc.

D'autres part, le petit nombre de personnes ne permettait pas de mener des analyses tenant compte de l'insertion des participantes dans l'un des trois groupes d'intervention. L'influence du groupe et des animatrices a pu aussi faire varier les résultats. De ce fait, il importe que les animateurs reçoivent une formation rigoureuse avant d'animer les ateliers du programme afin de s'assurer d'un protocole conforme et de susciter les bénéfices potentiels. Ainsi, en plus du guide de l'animateur (Dubé et al., 2008), il importe de posséder des connaissances de base sur l'approche cognitive et sur les enjeux propres à chaque étape du programme, en plus de s'y connaître en animation de groupe.

Une tâche essentielle du thérapeute est d'assister le client dans l'établissement des objectifs à réaliser et de s'assurer qu'ils soient réalisables. Miltenburg et Singer (1997)

recommandent que la psychothérapie auprès des VACS soit orientée vers l'apprentissage de *comment* apprendre et *comment* mieux s'adapter pour atteindre ses buts. Cette idée rejoint bien l'un des objectifs principaux du programme *Gestion des buts personnels*, apprendre la démarche qui mène à la réalisation de projets porteurs de sens en développant de nouvelles compétences relatives à chacune des étapes du processus. D'ailleurs, dans sa contribution théorique, Karoly (2000) propose une conception de la santé mentale et de la psychopathologie basée sur l'approche des buts personnels. L'auteur montre comment des buts thérapeutiques peuvent se situer dans l'ensemble des projets de l'individu afin de suggérer un plan de traitement.

En conclusion, les résultats soulignent l'importance de soutenir les femmes VACS dans leur adaptation à la vie pour qu'elles gèrent mieux leurs projets de vie personnels et passent à l'action. La théorie et les nombreux résultats de recherches appuient de plus en plus solidement l'idée que la poursuite des buts personnels contribue à une meilleure santé mentale (Brunstein, 1993; Dubé et al., 2007; Lapierre et al., 2007; Little, 1999; Nurmi, 1998; Schmuck & Sheldon, 2001). Puisque les interventions du programme *Gestion des buts personnels* ont été bénéfiques auprès de populations variées jusqu'à maintenant, cette démarche est susceptible de s'appliquer à d'autres groupes d'âge différents et à des personnes vivant diverses situations de vie qui exigent la restructuration de leurs buts et priorités (enfant, deuil, divorce, chômage, etc.).

Références

- Bandura, A. (1993). La théorie sociale-cognitive des buts. *Revue québécoise de psychologie*, 14(2), 43-83.
- Bandura, A., & Simon, K. (1977). The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behaviour. *Cognitive Therapy and Research*, 1(3), 177-193.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16(1), 101-118.
- Bergeron, M., & Hébert, M. (2006). Profil des femmes victimes d'agression sexuelle qui consultent des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). *Revue québécoise de psychologie*, 27(3), 267-290.
- Bouffard, L., Bastin, É., Lapierre, S., & Dubé, M. (2001). La gestion des buts personnels: Un apprentissage significatif pour les étudiants universitaires. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 503-522.
- Bouffard, L., Dubé, M., Lapierre, S., & Bastin, E. (1996). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 17(2), 115-135.
- Bouffard, L., Lapierre, S., & Dubé, M. (2004). *Processus de réalisation des buts*. Document inédit. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.

- Briere, J. N., & Elliott, D. N. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69.
- Briere, J. N., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 312-330.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1061-1070.
- Buzi, R. S., Weinman, M. L., & Smith, P. B. (2007). The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse. *Adolescence*, 42(168), 679-688.
- Cantor, N. (2003). Constructive cognition, personal goals, and the social embedding of personality. Dans L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Éds), *A psychology of human strengths* (pp. 49–60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre: La psychologie du bonheur*. Paris: Robert Laffont.
- Cukor, D., & McGinn, L. T. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 19-34.
- Darves-Bornoz, J. M. (1996). *Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste*. Publié par le Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson.
- Dubé, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2008). Favoriser une meilleure adaptation à un vécu d'agression à caractère sexuel par la gestion des buts personnels « Je

- prends ma vie en main ». Guide d'animation. Adapté par C. Dubé. Victoriaville, Québec: Centre d'Aide-Aqua-R-Elle.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Impact of personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *European Review of Applied Psychology*, 57(3), 183-192.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Labelle, R. (2000). Le bien-être psychologique par les gestion des buts personnels: Une intervention de groupe auprès des retraités. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 255-280.
- Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. Dans C. L. M. Keyes & J. Haidt (Éds), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 105–128). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hébert, M., & Bergeron, M. (2007). Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 37-61.
- Hinsz, V. B., & Matz, D. C. (1997). Self-evaluation involved in goal setting and task performance. *Social Behavior and Personality*, 25(2), 177-182.
- Karoly, P. (2000). La santé mentale et la psychopathologie selon la perspective des buts personnels: Aspects conceptuels, empiriques et cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 115-152.
- Kuypers, J. A., & Bengtson, V. L. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human Development*, 16(3), 181-201.
- Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16-25.

- Lawton, M. P., Moss, M. S., Winter, L., & Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging, 17*(4), 539-547.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist, 38*(3), 245-254.
- Lecci, L., Okun, M. A., & Karoly, P. (1994). Life regrets and current goals as predictors of psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(4), 731-741.
- Lese, K. P. (1997). A model of screening and goal-setting in short-term counseling with sexual abuse survivors. Dans K. P. Lese & B. L. Kessler (Éds), *Child sexual abuse and its sequelae in the university population*. Symposium présenté au 105th Annual Convention of the American Psychology Association . Chicago, IL.
- Little, B. R. (1999). Personal projects and social ecology. Themes and variations across the life span. Dans J. Brandtstädter & R. Lerner (Éds), *Action and self-regulation* (pp. 197-221). Newbury Park, CA: Sage Publication.
- McCann, J. T., Flynn, P. M., & Gersh, D. M. (1992). MCMI-II Diagnosis of borderline personality disorder: Base rate versus prototypic items. *Journal of Personality Assessment, 58*(1), 105-114.
- Meadows, E. A., & Foa, E. B. (1998). Intrusion, arousal, and avoidance: Sexual trauma survivors. Dans V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Éds), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 100-123). New York: The Guilford Press.
- Millon, M. T., Millon, C., & Davis, R. (1994). *MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, manual* (2^e éd.). Minneapolis: National Computer Systems.

- Millon, T. (2002). *MCMI-III: Inventaire clinique multiaxiale de Millon-III*. Adaptation canadienne-française par R. Stephenson, D. Bouthillier, & P. Brillon. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Miltenburg, R., & Singer, E. (1997). A theory and support method for adult sexual abuse survivors living in an abusive world. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(1), 39-63.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Morey, L. C., & Smith, M. R. (1988). Personality disorders. Dans R. Greene (Éd.), *The MMPI: Use with specific populations* (pp. 110-158). Philadelphia: Grune & Stratton.
- Nurmi, J. E. (1998). Self-definition and mental health during adolescence and young adulthood. Dans J. Schulenberg, J. L. Maggs & K. Hurrelman (Éds), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 395-419). Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- Nuttin, J. R. (1985). *Théorie de la motivation humaine*. Paris: PUF.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. Dans P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 7-26). New York, NY: Guilford Press.
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 531-547.

- Salmela-Aro, K., & Nurmi, J. E. (1996). Depressive symptoms and personal project appraisals: A cross-lagged longitudinal study. *Personality and Individual Differences, 21*(3), 373-381.
- Salmela-Aro, K., & Nurmi, J. E. (1997). Goal contents, well-being and life context during transition to university: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development, 20*(3), 471-491.
- Schmuck, P., & Sheldon, K. M. (Éds). (2001). Life goals and well-being: To the frontiers of life goal research. Dans P. Schmuck & K. M. Sheldon, *Life goals and well-being: Toward a positive psychology of human striving* (pp. 1-17). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Smith, L. C., & Robbins, S. B. (1988). Validity of the goal instability scale (modified) as a predictor of adjustment in retirement-age adults. *Journal of Counseling Psychology, 35*(3), 325-329.
- Taylor, S. E., & Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(2), 213-226.
- Ullmann, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 9*(4), 331-351.
- Watson, D. L., & Tharp, R. G. (1997). Self-directed behavior. Brooks/Cole, Pacific Grove.
- Widiger, T. A., Sanderson, C., & Warner, L. (1986). The MMPI, prototypical typology and borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 50*(4), 540-553.

Note de l'auteur

Cette recherche a été réalisée grâce au support financier d'une subvention Soutien à l'innovation sociale dans les organismes communautaires, une initiative conjointe du Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) et du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, Gouvernement du Québec.

Tableau 1

Les étapes du programme *Gestion des buts personnels : Je prends ma vie en main*

Étapes préliminaires (2 rencontres)

Présentation des participantes et informations sur le programme pour encourager la participation active. Échange sur les attentes, les appréhensions et la transition de vie vers un mieux-être depuis l'agression et à la suite du groupe de soutien.

Élaboration du but (6 rencontres)

Inventaire des objectifs, désirs, projets et buts personnels pour cerner les buts significatifs. Identification des croyances irrationnelles négatives empêchant la réalisation des buts. Sélection et évaluation des buts prioritaires selon certaines caractéristiques (probabilité de réalisation, effort nécessaire pour réussir, compétence pour le réaliser, stress ou plaisir, contrôle, etc.) Choix et traduction du but en actions concrètes, claires et précises, en vue de faciliter sa réalisation. Les questions et suggestions du groupe aident à préciser le but.

Planification du but (2 rencontres)

Choix des moyens, spécification des étapes, prévision des obstacles anticipés et stratégies pour les affronter, identification des ressources personnelles et environnementales incluant l'aide possible d'autrui. Le groupe, par ses suggestions, aide à trouver certaines ressources et à identifier les obstacles.

Poursuite du but (4 rencontres)

Cheminement vers le but par l'utilisation de moyens efficaces et d'actions concrètes, ajustements constants en fonction des imprévus et difficultés, échanges sur les progrès et les reculs. Le soutien du groupe devient crucial.

Évaluation (1 rencontre)

Évaluer les progrès réalisés, prise de conscience des apprentissages effectués, évaluation du niveau de satisfaction de la réalisation du but.

Note. Le nombre de rencontres peut varier selon les besoins du groupe.

Tableau 2

Comparaison entre le prétest et le post-test pour les échelles du MCMI-III

Variables	Prétest		Post-test		t (12)
	M	ÉT	M	ÉT	
Troubles de personnalité modérés					
Schizoïde	63,23	20,04	51,46	16,91	2,14
Évitant	62,69	23,41	47,23	27,26	2,40
Dépressif	75,15	15,77	44,85	31,39	3,91**
Dépendant	62,46	26,52	45,69	31,57	2,47
Histrionique	43,69	24,36	59,46	17,22	3,16
Narcissique	55,08	24,15	67,00	17,83	1,93
Antisocial	56,54	22,46	57,92	17,59	0,24
Sadique	60,46	20,61	54,08	25,78	1,18
Compulsif	55,08	16,74	59,38	13,24	1,23
Passif-agressif	59,62	16,97	36,23	26,43	3,54
Masochiste	76,23	14,28	52,54	30,35	2,78
Troubles de personnalité sévères					
Schizotypique	67,00	8,20	52,00	24,99	2,48
Limite	70,23	17,97	40,54	22,07	4,44**
Paranoïde	65,08	16,97	52,77	23,54	1,95
Syndromes cliniques modérés					
Anxieux	81,69	26,85	58,31	34,19	2,34
Somatoforme	54,31	28,57	30,38	27,84	2,55
Bipolaire / Manie	55,85	20,24	54,38	15,83	0,31
Dysthymie	64,69	20,38	26,46	23,52	5,25***
Dépendance à l'alcool	65,38	8,32	66,62	13,81	0,73
Dépendance aux drogues	55,38	38,43	62,54	31,09	0,95
Trouble de stress post-traumatique	71,62	21,06	48,62	28,89	2,63
Syndromes cliniques sévères					
Trouble de pensée	64,85	20,93	41,54	22,43	4,86***
Dépression majeure	68,69	24,39	29,31	22,31	4,95***
Trouble délirant	55,62	34,59	45,62	31,96	1,08

** $p < 0,002$. *** $p < 0,001$.