

UN PROGRAMME INNOVATEUR DE PROMOTION DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE POUR DES PERSONNES ÂGÉES DÉPRESSIVES

AN INNOVATIVE PROGRAM PROMOTING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN DEPRESSIVE OLDER ADULTS

Sylvie Lapierre, Lyson Marcoux, Sophie Desjardins, Micheline Dubé, Michael Cantinotti, Paule Miquelon, Richard Boyer, Michel Alain et Marjorie Duchesne-Beauchamp

Volume 38, numéro 1, 2017

LE BONHEUR 3.0
HAPPINESS 3.0

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040075ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1040075ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lapierre, S., Marcoux, L., Desjardins, S., Dubé, M., Cantinotti, M., Miquelon, P., Boyer, R., Alain, M. & Duchesne-Beauchamp, M. (2017). UN PROGRAMME INNOVATEUR DE PROMOTION DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE POUR DES PERSONNES ÂGÉES DÉPRESSIVES. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 185–206. <https://doi.org/10.7202/1040075ar>

Résumé de l'article

La recherche dans le domaine de la motivation a démontré que la présence de buts personnels est associée au bien-être psychologique (BEP). Un programme de 14 semaines conçu pour aider les participants à réaliser leurs projets a été offert à des personnes âgées (≥ 65 ans) dépressives ($BDI-II \geq 9$; $M = 22,05$) afin d'améliorer leur BEP. Les niveaux de BEP, de dépression et d'anxiété des personnes qui ont participé au programme ($n = 24$) ont été comparés à ceux d'un groupe contrôle ($n = 18$). Les analyses ont montré que les participants au programme se sont améliorés significativement sur la plupart des indicateurs de BEP, incluant la dépression, ce qui semble indiquer qu'un programme de gestion des buts pourrait être une manière innovatrice de promouvoir la santé mentale des aînés dépressifs. Toutefois, l'amélioration est observée uniquement pour la sérénité et le sens à la vie dans les analyses comparatives avec le groupe contrôle. Les études ultérieures devraient tenter de développer des programmes de promotion de la santé mentale qui offrent aux individus des moyens d'atteindre un état de fonctionnement optimal.

UN PROGRAMME INNOVATEUR DE PROMOTION DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE POUR DES PERSONNES ÂGÉES DÉPRESSIVES¹

AN INNOVATIVE PROGRAM PROMOTING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN
DEPRESSIVE OLDER ADULTS

Sylvie Lapierre²

Université du Québec à Trois-Rivières

Lyson Marcoux

Université du Québec à Trois-Rivières

Sophie Desjardins

Université du Québec à Trois-Rivières

Micheline Dubé

Université du Québec à Trois-Rivières

Michael Cantinotti

Université du Québec à Trois-Rivières

Paule Miquelon

Université du Québec à Trois-Rivières

Richard Boyer

*Institut universitaire en santé
mentale de Montréal*

Michel Alain

Université du Québec à Trois-Rivières

Marjorie Duchesne-Beauchamp

Université du Québec à Trois-Rivières

INTRODUCTION

Dans une de ses citations les plus connues, Albert Einstein a souligné l'importance des buts personnels dans le développement du bien-être psychologique (BEP) : « Si vous voulez vivre une vie heureuse, reliez-la à un but, plutôt qu'à des personnes ou à des choses » (Straus, 1979, p. 31). Depuis ce temps, les recherches empiriques et théoriques dans le domaine de la motivation ont démontré que l'engagement dans un but personnel intrinsèque (p. ex., affiliation, apprentissage, croissance personnelle) prédit le BEP (Chen, Lee, Pethel, Gutowitz et Kirk, 2012; Dubé, Lapierre, Bouffard et Alain, 2007; Klug et Maier, 2014; Riediger, Freund et Baltes, 2005; Sheldon, 2014; Sheldon *et al.*, 2010; Wiese, 2007). Ainsi, les gens peuvent gagner un bonheur durable et vivre des expériences stimulantes en se fixant de nouveaux buts et en faisant des efforts pour les réaliser plutôt que d'attendre que les circonstances de la vie améliorent leur situation (Sheldon et Lyubomirsky, 2006).

1. Cette étude a été réalisée avec le soutien financier du Réseau québécois de recherche sur le suicide et du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, tous deux financés par le Fonds québécois de recherche en santé (FQRS). Nous désirons remercier M. Jonathan Loranger pour son travail de traduction d'une version antérieure en anglais qui portait sur les données reliées à la prévention du suicide.
2. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P.500, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7, Téléphone : 819-376-5011, poste 3531. Courriel : Sylvie.Lapierre@uqtr.ca

Chez les personnes âgées, la présence de projets est aussi associée au BEP (Lapierre, Bouffard et Bastin, 1993, 1997; Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle et Bastin, 2001). Néanmoins, le vieillissement occasionne plusieurs changements et pertes qui peuvent entraver la poursuite des aspirations dans différentes sphères de la vie (Bouffard et Dubé, 2011; Freund, 2008). Le déclin physique et les bouleversements qui l'accompagnent suggèrent un possible impact négatif sur le bonheur des personnes âgées. Pourtant, il semble que la majorité d'entre elles arrivent à maintenir une attitude positive face à leur vie, malgré la présence de ces contraintes et difficultés, en priorisant des buts émotionnellement gratifiants qui favorisent le BEP, comme de développer un réseau de relations interpersonnelles sélectives enrichissantes, plutôt que des objectifs à long terme comme le succès (Carstensen, 2011; Chen *et al.*, 2012). Il semble que les aînés heureux choisissent des buts qui correspondent davantage à leurs intérêts et à leurs valeurs personnelles (Chen *et al.*, 2012; Sheldon et Elliot, 1999).

L'ajustement des buts devient donc très important pour assurer un vieillissement optimal. Brandtstädter et Renner (1990) ont mis en évidence deux stratégies distinctes et complémentaires d'adaptation qui influencent le BEP lorsque les aînés doivent faire face à des obstacles dans la poursuite de leurs buts : l'assimilation et l'accommodation (Brandtstädter et Rothermund, 2002; Heyl, Wahl et Mollenkopf, 2007). Avec l'assimilation, l'individu agit sur son environnement et persiste dans ses efforts pour réaliser ses projets (résolution de problème) en manifestant une ténacité dans la poursuite de ses buts. Avec l'accommodation, l'individu ajuste ses préférences personnelles aux situations auxquelles il fait face. Cette stratégie se manifeste sous forme de flexibilité à l'égard des projets, c'est-à-dire par la capacité de modifier ou d'abandonner des buts et d'en élaborer de nouveaux. Selon Brandtstädter (2009), lorsqu'un obstacle (réel ou perçu) rend un but impossible à atteindre et que les efforts sont vains, les aînés qui n'arrivent pas à passer de la ténacité à la flexibilité manifestent de la dépression et un état caractérisé par la désorganisation, le découragement et l'impuissance. La durée de cet état dépend de l'importance et de la valeur qui sont accordées au but. Plusieurs auteurs ont observé qu'avec l'avance en âge, les gens ont tendance à faire preuve de flexibilité dans la gestion de leurs buts personnels, ce qui leur permet de maintenir un équilibre bénéfique entre les gains et les pertes associés au vieillissement tout en favorisant un sentiment d'efficacité (Brandtstädter et Rothermund, 2002; Heyl *et al.*, 2007). D'autres études ont démontré que la capacité à se désengager d'un but inatteignable ainsi que la capacité de se réengager dans un but alternatif plus satisfaisant et réaliste sont associées à un BEP élevé et à moins de dépression chez les aînés (Bailly, Gana, Hervé, Joulain et Alaphilippe, 2014; Bailly, Joulain, Hervé et Alaphilippe, 2012; Hanssen *et al.*, 2014; Kelly, Wood et Mansell, 2013;

Wrosch, Scheier, Miller, Schulz et Carver, 2003). Plus précisément, il semble que la capacité à se désengager d'un but réduit la détresse psychologique, tandis que la capacité à se réengager est associée à des affects positifs et au sens à la vie (Bauer et Wrosch, 2009; Wrosch, Scheier et Miller, 2013).

Ces recherches suggèrent qu'une gestion adéquate des buts personnels peut favoriser le BEP. Un programme qui aiderait les aînés à s'engager dans de nouveaux projets personnels qui offrent un sens à leur vie pourrait être une approche innovatrice pour favoriser la promotion du BEP et de la santé mentale. Cette stratégie pourrait être particulièrement pertinente au cours de la vieillesse lorsque la maladie et l'invalidité rendent certains buts inatteignables et augmentent les risques de dépression et le désir de mourir (Lapierre, Desjardins, Préville, Berbiche, Marcoux et Dubé, 2015).

Des interventions brèves visant l'acquisition de moyens ou de stratégies menant à la réalisation de projets personnels ont été créées pour améliorer le bien-être (Bouffard, Bastin, Lapierre et Dubé, 2001; Coote et MacLeod, 2012; Dubé, Bouffard, Lapierre, Alain, 2005), mais aucune n'a tenté de réduire la dépression chez les personnes âgées. Par exemple, le programme de 10 semaines de Dubé *et al.* (2005) a déjà été appliqué à un échantillon de 294 personnes de 50 à 65 ans qui avaient de la difficulté à s'adapter à la transition de vie que constitue la retraite. Il avait pour objectif de soutenir ces adultes dans une démarche leur permettant de déterminer, planifier, poursuivre et réaliser des buts personnels concrets. Même si cet atelier de groupe n'avait pas été conçu spécifiquement pour diminuer la dépression, les résultats ont indiqué que le BEP (satisfaction à la retraite, bonheur, sens à la vie) des retraités du groupe expérimental ($n = 117$) s'était significativement amélioré comparativement à celui du groupe contrôle ($n = 177$) et que le niveau de détresse psychologique avait diminué significativement. Ces gains ont été maintenus six mois plus tard. Ces résultats laissent croire que ce genre d'intervention pourrait être adapté aux besoins de personnes dépressives qui ont perdu leur intérêt pour la vie.

L'objectif de la présente recherche était donc de répliquer l'étude de Dubé *et al.* (2005), mais cette fois avec un échantillon d'aînés dépressifs de 65 ans et plus afin de voir si un programme de gestion des buts personnels pouvait mener à un sentiment de bien-être chez les participants. Nous avons décidé d'utiliser plusieurs indicateurs du BEP, c'est-à-dire diverses variables cognitives et affectives, positives et négatives, conformément aux modèles courants de santé mentale (p. ex., Labelle, Bouffard, Alain, Dubé, Bastin et Lapierre, 2001). L'ensemble de

ces indicateurs permettra de mieux déceler les effets éventuels de l'intervention.

Nous avons donc formulé l'hypothèse que le BEP des participants au programme d'intervention sur les buts s'améliorerait de façon significative, comparativement aux mesures au prétest, tandis que les niveaux de dépression, d'anxiété et de solitude devraient diminuer de façon significative. De plus, nous avons émis l'hypothèse que les participants au programme présenteraient un BEP plus élevé que celui du groupe contrôle au posttest et à la relance.

MÉTHODE

Procédure

Pour participer à l'étude, les personnes devaient être âgées de 65 ans ou plus et avoir un score de 24 ou plus au *Mini-Mental State Examination* (Folstein, Folstein et McHugh, 1975), ce qui indiquait qu'elles n'avaient probablement pas de problèmes cognitifs majeurs (Crum, Anthony, Bassett et Folstein, 1993), et qu'elles étaient donc aptes à participer à l'atelier et à compléter les questionnaires. Les participants devaient aussi avoir obtenu un score de 9 ou plus à l'*Inventaire de dépression de Beck-II* (Beck, Steer et Brown, 1996), indiquant la présence probable d'une dépression légère, modérée ou sévère.

Le recrutement des participants du groupe intervention s'est fait à l'aide d'articles sur la dépression dans les journaux locaux, invitant ceux qui se sentaient déprimés à s'engager dans l'atelier « En route vers une vie plus heureuse », conçu pour les aider à améliorer leur qualité de vie. Certains participants ont aussi été référés par des gestionnaires de logements à faible coût, qui ont identifié des personnes seules et possiblement dépressives. Toutes les personnes intéressées ont reçu de l'information sur le contenu du programme et sur les étapes de la recherche. Les participants du groupe contrôle ont été recrutés et interviewés à un autre moment parce que des études précédentes ont montré que d'être mis sur une liste d'attente a créé un but pour l'avenir, ce qui était suffisant pour améliorer le BEP (Dubé *et al.*, 2007). Les participants n'ont donc pas été assignés aléatoirement aux différentes conditions expérimentales. À la fin de l'étude, tous les participants recevaient de l'information sur un Centre de consultation psychologique afin de poursuivre une démarche personnelle, s'ils le désiraient.

Tous les participants ont été rencontrés individuellement pour compléter le formulaire de consentement et les questionnaires pour la première fois. Ils ont ensuite été évalués deux autres fois : au posttest (14 semaines après le prétest) et à la relance (six mois après le posttest). Un

montant de 50 \$ était remis, lors de la relance, aux personnes du groupe contrôle qui avaient participé aux trois temps d'évaluation.

Le programme « En route vers une vie plus heureuse »

Le programme original prévoyait 10 rencontres hebdomadaires de deux heures pour 7 à 10 personnes (Dubé *et al.*, 2005), mais pour l'adapter aux besoins des personnes dépressives, il a été augmenté à 14 rencontres de deux heures et le nombre de participants par groupe a été réduit entre 5 et 8 personnes afin de leur donner plus de temps pour s'exprimer et parler de leurs difficultés. Le contenu des rencontres est décrit brièvement dans l'Appendice et de manière détaillée dans le guide de l'animateur (Dubé, Bouffard, Lapierre et Marcoux, 2014).

L'objectif du programme est d'aider les participants à définir un but concret, personnel et significatif, à le planifier, et à le réaliser. À un autre niveau, il était espéré que les participants puissent acquérir les connaissances et les méthodes nécessaires pour appliquer la démarche dans différents domaines de leur vie afin que se maintienne leur BEP. Basé sur l'approche cognitive et comportementale, ce programme de promotion de la santé mentale n'est pas une thérapie bien qu'il soit thérapeutique. De plus, la taille des groupes permet de créer un climat chaleureux de soutien mutuel pour la poursuite des buts. Chaque groupe a été animé par un étudiant au doctorat en psychologie spécifiquement formé à cet effet.

Participants

Le programme d'intervention a été offert à 42 aînés. Quatorze d'entre eux (40 %) ont abandonné le programme (2/3 après la 1^{re} ou 2^e rencontre; 1/3 après la 3^e ou 4^e rencontre), principalement parce qu'ils ne s'identifiaient pas aux autres participants dépressifs, ou que le format de l'atelier ne leur convenait pas. Trois participants n'ont été présents qu'à 6, 7 ou 8 rencontres (pour cause de maladie ou de conflit d'horaire). Une personne n'a pas participé à la relance. Finalement, 24 participants ont été présents à au moins 12 rencontres et ont complété les trois temps de mesure. Le groupe contrôle était composé de 29 personnes, dont huit ont abandonné au posttest et trois lors de la relance, pour finalement comporter 18 participants ayant effectué les trois temps de mesure.

Il y a une différence significative entre ceux qui ont abandonné le programme et ceux qui ont persévéré pour l'âge [$t(40) = 2,89, p < 0,01$] et la désirabilité sociale [$t(37,9) = 2,00, p < 0,05$]. Ceux qui ont abandonné le programme sont significativement plus âgés que ceux qui ont persisté et ils désiraient être mieux perçus. Il n'y a aucune différence entre ceux qui ont

abandonné et ceux qui ont persisté pour les autres variables psychologiques, et ce, quelle que soit la condition expérimentale.

L'échantillon final incluait 42 personnes âgées de 65 à 84 ans ($M = 71,9$; $ÉT = 5,6$), 24 dans le groupe d'intervention (14 femmes; 10 hommes) et 18 dans le groupe contrôle (12 femmes; 6 hommes). La plupart (57,1 %) n'étaient pas en couple; le niveau d'éducation moyen était de 12,1 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes quant à l'âge, le niveau d'éducation, l'état civil, le genre, la perception de la santé ou la satisfaction financière.

Quatre (9,5 %) participants (3 dans le groupe intervention; 1 dans le groupe contrôle) étaient en processus de thérapie individuelle, et dix (23,8 %, 5 dans chaque groupe) prenaient une médication pour la dépression. Sept personnes (16,7 %; 5 dans le groupe intervention; 2 dans le groupe contrôle) ont dit qu'elles avaient déjà tenté de mettre un terme à leur vie dans le passé.

Instruments de mesure

Après avoir complété un questionnaire d'informations générales, le MMSE, ainsi que l'*Inventaire de Dépression de Beck-II* pour s'assurer qu'ils répondaient aux critères de sélection, les participants répondaient à 12 autres questionnaires lors d'une rencontre individuelle de 90 minutes.

Quatre mesures évaluaient l'effet du programme sur des variables relatives aux buts. Le questionnaire du *Processus de réalisation des buts* (PRB, Dubé *et al.*, 2007) évalue, à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux (1 = totalement en désaccord; 7 = totalement d'accord), l'habileté à élaborer, planifier et poursuivre ses buts personnels (30 items). Le PRB a une consistance interne élevée ($\alpha = 0,91$) avec un échantillon de 354 retraités. L'*Échelle d'espoir* (Snyder *et al.*, 1996; traduction Dubé *et al.*, 2007) évalue deux dimensions : la détermination à réaliser ses buts et l'habileté à identifier des moyens alternatifs pour les atteindre. Les participants indiquent sur une échelle à quatre choix (1 = complètement faux; 4 = complètement vrai) jusqu'à quel point chacun des six énoncés décrit leur façon d'agir. La consistance interne est élevée ($\alpha = 0,91$). Évaluant respectivement la ténacité et la flexibilité à l'aide de 10 items, la version francophone des questionnaires *Poursuite tenace des buts* et *Ajustement flexible des buts* (Brandtstädter et Renner, 1990) a été validée avec un échantillon de 384 personnes âgées (Bailly, Hervé, Joulain et Alaphilippe, 2012). Les participants indiquaient si les affirmations s'appliquaient à eux sur une échelle de type Likert à cinq niveaux (0 = fortement en désaccord; 4 = fortement d'accord). La consistance interne est de 0,73 pour l'échelle évaluant la ténacité et de 0,75 pour la flexibilité.

Cinq questionnaires ont évalué les indicateurs positifs du BEP. L'*Index du sens à la vie* (Battista et Almond, 1973) comporte 28 items, cotés sur une échelle de type Likert à cinq niveaux (1 = désaccord; 5 = d'accord). Il y a deux sous-échelles de 14 items : la *Perspective* qui réfère à la capacité de voir positivement l'ensemble de sa vie et l'*Accomplissement*, lié au sentiment d'avoir réalisé ses buts ou de progresser vers leur atteinte. L'index a une très bonne fidélité test-retest ($r = 0,94$) et l'analyse factorielle, avec un échantillon d'adultes ($M = 65,9$ ans), a confirmé les deux dimensions (Van Ranst et Marcoen, 1997). Il a une consistance interne élevée ($\alpha = 0,91$).

L'*Échelle de sérénité* comporte 11 items qui évaluent, à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points (1 = jamais; 5 = toujours), l'habileté à trouver une paix intérieure et à avoir confiance en la vie ainsi qu'à accepter ce qui ne peut être changé (Roberts et Aspy, 1993; traduit par l'équipe de recherche). Le coefficient de consistance interne est bon ($\alpha = 0,80$).

L'*Échelle de satisfaction de vivre* (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985) inclut cinq items évalués sur une échelle de type Likert à sept niveaux (1 = fortement en désaccord; 7 = fortement d'accord). Elle a été traduite en français (Blais, Vallerand, Pelletier et Brière, 1989) et validée auprès des personnes âgées ($M = 76,3$ ans). Elle possède une bonne consistance interne ($\alpha = 0,82$).

Avec l'*Échelle générale de satisfaction des besoins* (Gagné, 2003), les participants indiquaient, sur une échelle en sept points (1 = pas vrai du tout; 7 = tout à fait vrai), le niveau de satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie (choisir ses actions en fonction de ses valeurs personnelles), la compétence (sentiment d'efficacité personnelle) et l'appartenance (établir des relations positives et des liens de confiance mutuelle). La consistance interne pour l'échelle globale est très bonne ($\alpha = 0,89$), mais varie pour les sous-échelles (autonomie, 7 items = 0,69; intimité, 6 items = 0,86; compétence, 8 items = 0,71). Ce test n'a pas été validé auprès des personnes âgées.

L'*Échelle d'inclusion sociale* a été utilisée pour évaluer le sentiment d'être soutenu et accepté par les autres (Leary, Tambor, Terdal et Downs, 1995; traduite par l'équipe). Les participants répondaient sur une échelle de type Likert à cinq points (1 = ne me décrit pas du tout; 5 = me décrit parfaitement). La consistance interne est de 0,80 avec un échantillon de 150 étudiants.

Quatre questionnaires mesuraient des indicateurs négatifs du BEP, incluant le BDI-II utilisé pour sélectionner les participants. Ce dernier évaluait la présence de symptômes dépressifs au cours des deux

dernières semaines. L'outil est basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV (Beck *et al.*, 1996) et contient 21 items comportant quatre choix de réponses allant de 0 à 3. Les résultats bruts totaux varient de 0 à 63 et sont convertis en catégories basées sur des points de coupure indiquant la sévérité de la dépression. La consistance interne est bonne ($\alpha = 0,86$) chez les personnes âgées ($M = 70,3$ ans) vivant dans la communauté (Segal, Coolidge, Cahill et O'Riley, 2008).

L'*Échelle de dépression gériatrique* (Yesavage *et al.*, 1982) a été construite spécifiquement pour la population âgée, en donnant moins de poids aux symptômes somatiques (troubles du sommeil, manque d'énergie) et aux plaintes cognitives qui sont fréquents avec le vieillissement. Elle a été traduite en français par Bourque, Blanchard et Vézina (1991). La version courte de l'échelle comporte 15 items auxquels la personne répond par oui ou non. Sheikh et Yesavage (1986) montrent que cette version est efficace pour différencier les personnes âgées dépressives et non dépressives et qu'elle peut être utilisée comme un outil de dépistage. La fidélité test-retest est de 0,85 ($p < 0,001$) après une semaine. La consistance interne est bonne ($\alpha = 0,78$) pour la version en français. Le seuil de coupure entre dépressifs et non-dépressifs se situe à 6 (Gerety *et al.*, 1994).

L'*Inventaire d'anxiété gériatrique* (Pachana et Byrne, 2012) est un outil comportant 20 items qui mesurent la sévérité des symptômes anxieux chez les aînés. Les choix de réponse sont dichotomiques : d'accord (1) ou en désaccord (0). La traduction française a été faite par l'équipe et la consistance interne est très bonne ($\alpha = 0,93$) avec un échantillon de 86 personnes âgées.

Finalement, les participants complètent les 20 items de l'*Échelle de solitude de l'UCLA* (de Grâce, Joshi et Pelletier, 1993) en indiquant la fréquence (1 = jamais; 4 = souvent) à laquelle ils ont ressenti les sentiments présentés dans chacun des énoncés. Validée avec un échantillon de personnes âgées, l'échelle possède une très bonne consistance interne ($\alpha = 0,88$) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest ($r = 0,85$, 8 semaines).

RÉSULTATS

Les analyses préliminaires n'ont pas montré de différence significative entre les groupes au prétest pour le score de dépression au BDI-II [$t(40) = 0,88$, $p = ns$]. Selon les normes (Beck, Steer et Brown, 1996), la dépression est faible (score entre 9 et 13) pour 16,7 % de l'échantillon, légère (14 à 19) pour 21,4 %, modérée (20 à 28) pour 42,9 %, et sévère (≥ 29) pour 19 %. Les proportions sont similaires dans les deux groupes.

Toutefois, d'autres analyses comparatives ont révélé des différences significatives entre les groupes au prétest. Les participants du groupe contrôle ont des scores significativement plus faibles pour l'inclusion sociale [$t(40) = 4,77, p < 0,001$] et l'autonomie ($t(40) = 2,49, p < 0,05$) et plus élevés pour la solitude [$t(40) = 4,15, p < 0,001$]. Ainsi, au prétest, les aînés dépressifs du groupe contrôle se sentaient moins soutenus et inclus dans leur milieu, se sentaient plus seuls et semblaient avoir de la difficulté à se prendre en main (autonomie) comparativement au groupe intervention. Le Tableau 1 montre les résultats moyens de chacun des groupes pour les diverses variables.

Afin de vérifier si le programme de réalisation des buts personnels pouvait être bénéfique aux participants dépressifs, nous avons effectué des analyses de variance à mesures répétées pour le groupe intervention. Les résultats ont montré que la première hypothèse est confirmée pour plusieurs des variables. Les personnes âgées dépressives qui ont pris part au programme montrent une amélioration sur la plupart des indicateurs de BEP au posttest. Cette amélioration a été maintenue six mois plus tard (voir Tableau 1). Plus précisément, il y a une augmentation significative de l'habileté des participants à choisir un but concret et réaliste (sous-échelle d'élaboration du but), à planifier des moyens efficaces et concrets pour atteindre leur but (sous-échelle de planification) et à identifier des stratégies pour surmonter les obstacles (sous-échelle de poursuite du but). Il y a aussi une augmentation du niveau d'espoir, de la satisfaction de vivre et de la sérénité, cette dernière indiquant qu'ils peuvent accepter ce qui ne peut pas être changé et qu'ils ne laissent pas les événements influencer leur bien-être. Les résultats indiquent aussi une augmentation significative de la satisfaction de deux des trois besoins psychologiques fondamentaux : la compétence et le sentiment d'appartenance. Des scores plus élevés à l'index du sens à la vie montrent qu'ils voient la vie plus positivement, qu'ils ont des objectifs clairs et qu'ils ont le sentiment d'accomplir leurs buts personnels. Finalement, il convient de relever les réductions significatives dans les niveaux de dépression dans les deux questionnaires (BDI-II et dépression gériatrique), tout comme un déclin de l'anxiété et de la solitude. Notons que les hommes semblent s'améliorer autant que les femmes, puisqu'il n'y a pas de différence entre les genres.

La seconde hypothèse proposait que les participants au programme présenteraient un BEP plus élevé que celui du groupe contrôle au posttest et à la relance. Les scores de changement ont été choisis pour l'analyse

Tableau 1

Moyennes et écart-types pour les variables psychologiques pour les groupes intervention et contrôle (N = 42)

	Intervention (n = 24)							Groupe contrôle (n = 18)						
	Prétest		Posttest		Relance		F	Prétest		Posttest		Relance		F
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT		M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	
<i>Variables de buts</i>														
PRB/7	4,50	0,97	5,17 ^a	0,76	5,05 ^b	1,04	11,46***	4,33	1,09	4,73	1,21	4,95 ^b	1,01	5,52**
Élaboration	4,08	1,38	4,91 ^a	1,08	4,84 ^b	1,16	8,13**	4,13	1,08	4,56	1,14	4,93 ^b	1,29	6,17**
Planification	4,86	1,02	5,35 ^a	0,71	5,23	1,04	4,65*	4,49	1,14	4,86	1,23	5,14 ^b	0,82	5,22**
Poursuite	4,52	1,17	5,23 ^a	0,77	5,06 ^b	1,13	7,96***	4,35	1,21	4,75	1,40	4,75	1,19	1,85
Espoir/4	2,85	0,48	3,25 ^a	0,41	3,35 ^b	0,42	13,39***	2,77	0,44	2,96	0,70	3,05 ^b	0,55	5,39**
Détermination	2,67	0,57	3,17 ^a	0,44	3,35 ^b	0,47	16,47***	2,57	0,60	2,87	0,72	2,96 ^b	0,64	5,99**
Moyens alternatifs	3,03	0,53	3,33 ^a	0,49	3,35	0,56	4,16*	2,96	0,51	3,06	0,75	3,13	0,56	1,32
Ténacité/4	2,03	0,79	2,10	0,74	2,15	0,74	0,45	2,40	0,42	2,36	0,51	1,50	0,58	14,00***
Flexibilité/4	2,68	0,52	2,79	0,44	2,88	0,45	2,73	2,39	0,48	2,56	0,50	2,50	0,43	2,11
<i>Indicateurs positifs de BEP</i>														
Sens à la vie/5	3,09	0,78	3,64 ^a	0,50	3,79 ^b	0,60	16,45***	3,01	0,29	3,16	0,40	3,24	0,87	0,79
Perspective/5	3,17	0,91	3,72 ^a	0,58	3,84 ^b	0,59	14,10***	3,07	0,36	3,18	0,47	3,44	0,81	2,07
Accomplissement/5	3,01	0,75	3,57 ^a	0,49	3,74 ^b	0,64	13,84***	2,94	0,29	3,13	0,40	3,04	0,95	0,43
Sérénité/5	3,19	0,58	3,46	0,57	3,68 ^b	0,58	7,76**	3,14	0,37	3,30	0,53	2,97	0,73	2,75
Satisfaction de vivre/7	4,65	1,22	5,08	0,96	5,41 ^b	0,74	5,67**	4,20	1,31	4,48	1,63	4,40	1,49	0,66

Tableau 1

Moyennes et écart-types pour les variables psychologiques pour les groupes intervention et contrôle (N = 42) (suite)

	Intervention (n = 24)							Groupe contrôle (n = 18)						
	Prétest		Posttest		Relance		F	Prétest		Posttest		Relance		F
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT		M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	
Besoins/7	4,97	0,62	5,24	0,65	5,31 ^b	0,63	6,44**	4,62	0,43	4,62	0,56	5,06	0,71	4,21*
Autonomie	5,05	0,75	5,30	0,75	5,19	0,88	1,18	4,54	0,50	4,52	0,71	5,19 ^{bc}	0,75	8,62***
Compétence	4,63	0,84	5,04 ^a	1,00	5,03 ^b	0,89	5,35**	4,34	0,72	4,46	0,68	4,51	1,05	0,18
Appartenance	5,16	0,91	5,33	0,78	5,63 ^b	0,79	6,09**	4,89	0,53	4,83	0,59	5,37	0,91	3,59
Inclusion sociale/5	3,70	0,70	3,57	0,59	3,76	0,64	1,64	2,81	0,42	2,73	0,53	3,40 ^{bc}	0,71	8,08**
<i>Indicateurs négatifs de BEP</i>														
BDI-II/63	21,10	8,05	11,30 ^a	8,86	10,9 ^b	8,16	20,86***	23,30	7,66	14,5 ^a	8,35	15,90 ^b	9,66	11,48***
Dépression gériatrique/15	6,17	3,40	3,58 ^a	3,40	3,21 ^b	2,80	9,44***	6,94	1,92	6,56	1,98	5,56	4,50	1,27
Anxiété/20	12,20	6,05	8,54 ^a	5,50	7,90 ^b	5,48	10,75***	14,40	4,30	12,40	6,42	12,10	6,38	3,64*
Solitude/4	2,17	0,53	2,02	0,46	1,95	0,53	3,39*	2,75	0,31	2,75	0,40	2,23 ^{bc}	0,57	12,05***

Note. ^a différence significative entre pré/posttest. ^b différence significative entre prétest/relance. ^c différence significative entre posttest/relance.
* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$. Degrés de liberté : 2(46). F : analyse des différences entre les trois temps.

parce que c'est une façon simple de tester si un groupe s'améliore ou se détériore entre deux mesures (Cook et Campbell, 1979). L'ANCOVA a été rejetée parce qu'elle exige que les covariables (score au prétest) ne varient pas selon les différentes conditions expérimentales, ce qui est souvent un problème dans les groupes non équivalents comme c'est le cas ici. Pour tester la seconde hypothèse, nous avons donc calculé trois scores de changement : un entre le prétest et le posttest, un entre le posttest et le suivi et un troisième entre le prétest et la relance (voir Tableau 2). Il apparaît que la seconde hypothèse n'est confirmée que partiellement.

Les résultats des analyses de variance montrent que le groupe intervention a fait significativement plus de progrès que le groupe contrôle pour les variables sérénité, sens à la vie et la dépression gériatrique. Plus spécifiquement, les participants au programme ont démontré une amélioration entre le prétest et le posttest pour la sous-échelle Perspective du sens à la vie (ils voient la vie plus positivement) et pour la dépression gériatrique et entre le prétest et la relance pour la sérénité et le sentiment d'accomplissement (sous-échelle du sens à la vie).

Toutefois, les résultats révèlent aussi des gains plus importants chez le groupe contrôle sur le plan de l'autonomie, de l'inclusion sociale et de la solitude, mais durant les six mois entre le posttest et la relance. Rappelons qu'au prétest, le groupe contrôle était significativement plus bas que le groupe intervention sur ces trois variables. Finalement, les résultats indiquent aussi une diminution significative de la ténacité chez le groupe contrôle entre le posttest et la relance. Il semble que les participants du groupe contrôle soient devenus moins persistants dans la poursuite de leurs buts.

DISCUSSION

Basé sur les études empiriques et théoriques dans le domaine de la motivation, le programme « En route vers une vie plus heureuse », constitue une tentative de créer une méthode alternative pour améliorer l'état des personnes âgées dépressives qui présentent une perte d'intérêt dans la vie en leur enseignant comment s'engager dans de nouveaux buts. Cette approche innovante semble bénéfique aux participants et appuie les travaux de Wrosch *et al.* (2013) qui montraient que la capacité à se réengager dans des buts personnels est associée à des affects positifs et au sens à la vie. Des effets similaires ont été observés par Breitbart *et al.* (2010) chez des personnes âgées en phase terminale qui ont pris part à un groupe de psychothérapie centré sur les sources de sens de la vie : le bien-être spirituel a été significativement rehaussé et les vœux pour hâter

Tableau 2
Scores de changement pour les groupes d'intervention et de contrôle entre les différents temps de mesure (N = 42)

	Différences de moyenne								
	Prétest et posttest			Posttest et relance			Prétest et relance		
	Interv.	Contrôle	F(1,40)	Interv.	Contrôle	F(1,40)	Interv.	Contrôle	F(1,40)
<i>Variables de buts</i>									
PRB	0,67	0,40	1,15	-0,12	0,23	2,80	0,55	0,62	0,08
Élaboration	0,83	0,43	1,17	-0,07	0,37	3,10	0,76	0,80	0,01
Planification	0,48	0,37	0,19	-0,11	0,27	2,80	0,37	0,64	0,95
Poursuite	0,70	0,39	1,06	-0,17	0,01	0,40	0,54	0,40	0,19
Espoir	0,40	0,19	1,97	0,10	0,08	0,01	0,50	0,28	2,16
Détermination	0,50	0,30	1,12	0,18	0,09	0,37	0,68	0,39	2,55
Moy. alternatifs	0,31	0,09	1,80	0,01	0,07	0,12	0,32	0,17	0,75
Ténacité	0,07	-0,04	0,29	0,05	-0,86	17,11***	0,12	-0,90	19,92***
Flexibilité	0,10	0,17	0,28	0,09	-0,06	1,71	0,20	0,11	0,50
<i>Indicateurs positifs de BEP</i>									
Sens de la vie	0,55	0,15	4,76*	0,14	0,09	0,09	0,70	0,24	2,82
Perspective	0,55	0,12	4,98*	0,12	0,26	0,51	0,67	0,38	1,12
Accomplissement	0,56	0,19	3,16	0,17	-0,09	1,41	0,73	0,10	4,51*
Sérénité	0,27	0,16	0,32	0,22	-0,32	10,48**	0,49	-0,16	10,63**
Satisfaction de vivre	0,42	0,28	0,15	0,33	-0,08	1,76	0,76	0,20	2,78
Besoins	0,27	0,01	2,32	0,08	0,44	3,49	0,35	0,45	0,24
Autonomie	0,25	-0,02	1,30	-0,11	0,67	10,12**	0,14	0,65	3,76
Compétence	0,42	0,12	1,32	-0,01	0,05	0,03	0,41	0,17	0,49
Appartenance	0,18	-0,06	1,45	0,30	0,53	0,87	0,47	0,48	0,00
Inclusion sociale	-0,13	-0,09	0,04	0,19	0,67	5,11*	0,06	0,58	6,83**

Tableau 2

Scores de changement pour les groupes d'intervention et de contrôle entre les différents temps de mesure (N = 42) (suite)

	Différences de moyenne								
	Prétest et posttest			Posttest et relance			Prétest et relance		
	Interv.	Contrôle	F(1,40)	Interv.	Contrôle	F(1,40)	Interv.	Contrôle	F(1,40)
<i>Indicateurs négatifs de BEP</i>									
BDI-II	-9,79	-8,78	0,11	-0,38	1,44	1,09	-10,17	-7,33	0,92
Dépres. gériatrique	-2,58	-0,39	4,80*	-0,37	-1,00	0,29	-2,96	-1,39	1,50
Anxiété	-3,71	-1,94	1,58	-0,63	-0,33	0,06	-4,33	-2,28	1,65
Solitude	-0,15	0,00	1,27	-0,06	-0,51	11,04**	-0,21	-0,51	3,54

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

la mort ont été réduits, comparativement au groupe de soutien. En fait, l'augmentation du BEP (espoir, compétence, attitude positive envers la vie, sentiment d'accomplissement et de complétude, sérénité) est intéressante étant donné que les personnes dépressives sont habituellement caractérisées par un sentiment d'impuissance, des croyances négatives à propos de leur avenir et par une difficulté à trouver des solutions alternatives lorsqu'elles font face à des obstacles (O'Connor, Connery et Cheyne, 2000). Plus important encore, les participants ont manifesté moins de symptômes dépressifs à la relance six mois après la fin du programme.

Le programme « En route vers une vie plus heureuse » pourrait donc fournir une alternative intéressante aux traitements habituels de la dépression chez les personnes âgées, particulièrement chez les hommes, qui pourraient préférer un programme centré sur l'action et la résolution de problème à une thérapie centrée sur l'expression des émotions et des conflits intérieurs (Hinton *et al.*, 2006). Il est intéressant de noter que l'intervention de groupe semble aussi avoir eu un effet sur la création de nouveaux liens interpersonnels étant donné que 87,5 % des participants se sont rencontrés après la fin du programme, et que 21 % se sont rencontrés plus de 10 fois.

Globalement, le programme de gestion des buts a donné des résultats supérieurs au groupe contrôle pour deux variables : la sérénité et le sens à la vie. Notons néanmoins que des changements dans le groupe contrôle sont apparus durant les six mois entre le posttest et la relance. Bien que certaines questions vérifiaient si les participants à l'étude avaient fait face à des événements stressants lors de cette période, il n'y avait pas de questions sur de potentiels événements positifs ou de nouvelles activités ou relations qui auraient pu influencer la perception de leur situation. Aussi, les changements dans le groupe contrôle pourraient simplement refléter les activités estivales (le suivi de ce groupe a été fait après l'été), car les aînés du Québec sont souvent coincés dans leur domicile pendant plusieurs mois durant l'hiver, ce qui entraîne des obstacles à la réalisation de leurs buts ainsi que de l'isolement. De plus, les améliorations ont surtout été observées sur des variables (solitude, autonomie, inclusion sociale) où le groupe contrôle était significativement plus faible que le groupe intervention au prétest, ce qui suggère une régression vers la moyenne. Le groupe contrôle a aussi montré un déclin significatif sur le plan de la ténacité, ce qui indique que les participants de ce groupe ont été moins persévérants et ont fait moins d'efforts pour poursuivre leurs buts. Cette dernière observation pourrait indiquer une diminution de la détermination ou de l'entêtement, une acceptation ou une certaine satisfaction face à leur situation, ce qui les rendrait moins frustrés ou décus et donc moins déprimés. Les recherches futures devraient observer

de près les changements des niveaux de ténacité et de flexibilité, ainsi que la capacité à se désengager et à se réengager de leurs buts, chez les personnes âgées qui font face à des événements négatifs.

Forces et limites

Parmi les limites de cette étude, il faut mentionner la difficulté de déterminer les composantes qui contribuent réellement aux effets bénéfiques du programme sur les participants (Royse, Thyer, Padgett et Logan, 2006). Par exemple, on pourrait penser que l'intervention en groupe pourrait être un des éléments-clés de l'amélioration du BEP, puisqu'elle favorise le soutien social. Pourtant, des analyses de régression complémentaires ont montré que le sentiment d'appartenance ou d'inclusion sociale atteint au posttest ne prédisaient pas la réduction de la dépression gériatrique, alors que la capacité de réaliser ses projets avait un effet significatif ($\beta = -0,43$; $t = -3,11$, $p < 0,01$; $R^2 = 0,24$, $F(1, 44) = 13,9$, $p < 0,001$). Des études plus approfondies sont donc nécessaires afin de déterminer si d'autres composantes du programme (performance de l'animateur, exercices particuliers effectués lors de certaines rencontres, etc.) peuvent influencer le BEP des participants. Dans les études subséquentes, il serait nécessaire de trouver un moyen de répartir les participants de façon aléatoire entre les groupes (Royse *et al.*, 2006), ce qui a été impossible ici pour les raisons mentionnées dans la méthode.

Finalement, il a été impossible d'obtenir l'aide des médecins généralistes pour le recrutement des personnes âgées dépressives. Par conséquent, aucun participant n'a été référé par les services de santé: ils ont tous pris part au programme de leur propre initiative. D'ailleurs, les participants semblaient avoir des caractéristiques psychologiques (autonomie) et sociales particulières (sentiment d'inclusion sociale) qui ont pu faciliter leur engagement dans l'atelier. Pour le moment, il est impossible de savoir si le programme pourrait être utile à des patients cliniquement évalués comme dépressifs et déjà traités dans un service de santé, même si des recherches précédentes ont montré qu'il peut être offert individuellement (Dubé *et al.*, 2014). Ces questions exigent de nouvelles études.

Parmi les forces, notons que les étapes et activités intégrées au programme de réalisation des buts ont été élaborées à partir d'une théorie bien établie. Par le passé, ce type de programme a aussi produit un éventail de résultats positifs et démontré son utilité pratique pour la promotion du BEP, qu'il soit offert en groupe ou individuellement (Bouffard *et al.*, 2001; Coote et MacLeod, 2012; Dubé et al, 2007; Lapierre *et al.*, 2001, 2007; Rivest, Dubé et Dubé, 2009). De plus, comme il ne s'agit pas d'une psychothérapie, le programme peut être animé par toute personne qui a une formation en relation d'aide.

En conclusion, les effets bénéfiques du programme sur les participants confirment l'intérêt de mettre l'accent sur le développement de facteurs qui augmentent le BEP des personnes âgées vivant dans la communauté. D'ailleurs, il a été démontré que les programmes de promotion du BEP contribuent à la réduction de la dépression (Sin et Lyubomirsky, 2009). La médication est souvent nécessaire pour améliorer l'humeur dépressive d'un individu, mais elle ne peut pas donner du sens à la vie. De plus, les programmes qui contribuent à l'augmentation de la qualité de vie risquent d'avoir des effets à plus long terme, rendant les personnes plus heureuses et les faisant participer activement à leur communauté. Le programme « En route vers une vie plus heureuse » est un type d'intervention psychologique qui cultive des attitudes et des comportements positifs à travers l'expérience de la réalisation d'un but plein de sens (Sin et Lyubomirsky, 2009). L'utilisation de ce genre de stratégies pour la prévention et le traitement de la dépression constitue une approche prometteuse et intéressante pour améliorer l'état d'individus qui ont perdu leur intérêt pour la vie.

RÉFÉRENCES

- Bailly, N., Gana, K., Hervé, C., Joulain, M. et Alaphilippe, D. (2014). Does flexible goal adjustment predict life satisfaction in older adults? A six-year longitudinal study. *Aging and Mental Health, 18*(5), 662-670. doi:10.1080/13607863.2013.875121
- Bailly, N., Hervé, C., Joulain, M. et Alaphilippe, D. (2012). Validation of the French version of Brandtstädter and Renner's Tenacious Goal Pursuit (TGP) and Flexible Goal Adjustment (FGA) scales. *European Review of Applied Psychology, 62*(1), 29-35. doi:10.1016/j.erap.2011.09.005
- Bailly, N., Joulain, M., Hervé, C. et Alaphilippe, D. (2012). Coping with negative life events in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Aging and Mental Health, 16*(4), 431-437. doi:10.1080/13607863.2011.630374
- Battista, J. et Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 36*(4), 409-427.
- Bauer, I. et Wrosch, C. (2009). Il faut savoir quand s'arrêter : l'ajustement des buts pour le bien-être et la santé. *Revue québécoise de psychologie, 30*(2), 113-130.
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. et Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement, 21*(2), 210-223. doi:10.1037/h0079854
- Bouffard, L., Bastin, E., Lapierre, S. et Dubé, M. (2001). La gestion des buts personnels, un apprentissage significatif pour des étudiants universitaires. *Revue des sciences de l'éducation, 27*(3), 503-522.
- Bouffard, L. et Dubé, M. (2011). Regret de vivre et effroi de mourir. Essai sur le quatrième âge. *Revue québécoise de psychologie, 32*(1), 157-179.
- Bourque, P., Blanchard, L. et Vézina, J. (1991). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. *Revue canadienne du vieillissement, 9*(4), 348-355.
- Brandtstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research, 14*, 52-62.
- Brandtstädter, J. et Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Psychology and Aging, 5*(1), 58-67.

Contre la dépression par la réalisation des buts

- Brandtstaadter, J. et Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150. doi:10.1006/drev.2001.0539
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., ... et Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19(1), 21-28.
- Carstensen, L. L. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychological Aging*, 26(1), 21-33. doi:10.1037/a0021285
- Chen, Y., Lee, Y. T., Pethel, O. L., Gutowitz, M. S. et Kirk, R. M. (2012). Age differences in goal concordance, time use, and well-being. *Educational Gerontology*, 38(11), 742-752.
- Cook, T. D. et Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field setting*. Chicago : Rand McNally.
- Coote, H. J. et MacLeod, A. K. (2012). A self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(4), 305-315. doi:10.1002/cpp.1797
- Crum R. M., Anthony J. C., Bassett S. S. et Folstein M. F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association*, 269, 2386-2391.
- de Grâce, G.-R., Joshi, P. et Pelletier, R. (1993). L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL): validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(1), 12-27.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. et Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S. et Alain, M. (2005). La santé mentale par la gestion des projets personnels : une intervention auprès de jeunes retraités. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 321-344.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L. et Alain, M. (2007). Impact of a personal goal management program on the subjective well-being of young retirees. *European Review of Applied Psychology*, 57(3), 183-192.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S. et Marcoux, L. (2014). *En route vers une vie plus heureuse par la gestion des buts et des projets personnels. Guide de l'animateur*. Manuscrit inédit. Laboratoire de gérontologie. Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of selection, and optimization, and compensation. *Research on Human Development*, 5, 94-106.
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27(3), 199-223. doi:10.1023/A:1025007614869
- Gerety, M. S., Williams, J. W., Mulrow, C. D., Cornell, J. E., Kadri, A. A., Rosenberg, J., ... Long, M. (1994). Performance of case-finding tools for depression in the nursing home: Influence of clinical and functional characteristics and selection of optimal threshold scores. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1103-1109.
- Hanssen, M. M., Vancleef, L. G., Vlaeyen, J. S., Hayes, A. F., Schouten, E. W. et Peters, M. L. (2014). Optimism, motivational coping and well-being: Evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. *Journal of Happiness Studies*, doi:10.1007/s10902-014-9572-x
- Heyl, V., Wahl, H. W. et Mollenkopf, H. (2007). Affective well-being in old age: The role of tenacious pursuit and flexible goal adjustment. *European Psychologist*, 12, 119-129.
- Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L. et Unützer, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 884-892.

- Kelly, R. E., Wood, A. M. et Mansell, W. (2013). Flexible and tenacious goal pursuit lead to improving well-being in an aging population: A ten-year cohort study. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 16-24.
- Klug, H. P. et Maier, G. W. (2014). Linking goal progress and subjective well-being: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 37-65. doi:10.1007/s10902-013-9493-0
- Labelle, R., Bouffard, L., Alain, M., Dubé, M., Bastin, É. et Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 71-87.
- Lapierre, S., Bouffard, L. et Bastin, É. (1993). Motivational goal objects in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 279-292.
- Lapierre, S., Bouffard, L. et Bastin, É. (1997). Personal goals and subjective well-being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45(4), 287-303.
- Lapierre, S., Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R. et Bastin, É. (2001). Aspirations and well-being in old age. Dans P. Schmuck et K. M. Sheldon (dir.), *Life goals and well-being. Towards a positive psychology of human striving* (pp. 102-115). Toronto, ON : Hogrefe et Huber Publishers.
- Lapierre, S., Desjardins, S., Prévile, M., Berbiche, D., Marcoux, L. et Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, 5(2), 125-137. doi:10.17265/2159-5542/2015.02.005
- Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L. et Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations with the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16-25. doi:10.1027/0227-5910.28.1.16
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K. et Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530. doi:10.1037/0022-3514.68.3.518
- O'Connor, R. C., Connery, H. et Cheyne, W. (2000). Hopelessness: The role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 155-161.
- Pachana, N. A. et Byrne, G. J. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist*, 47(1), 33-38. doi:10.1111/j.1742-9544.2011.00052.x
- Riediger, M., Freund, A. et Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journals of Gerontology-Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(2), P84-P91.
- Rivest, L., Dubé, M. et Dubé, C. (2009). Effet du programme *Gestion des buts personnels* sur la santé mentale des femmes victimes d'agressions à caractère sexuel. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 93-111.
- Roberts, K. T. et Aspy, C. B. (1993). Development of the Serenity Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 145-164.
- Royse, D., Thyer, B. A., Padgett, D. K. et Logan, T. K. (2006). Program evaluation: An introduction (4^e éd.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S. et O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Behavior Modification*, 32(3), 3-20.
- Sheikh, J. I. et Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. doi:10.1300/J018v05n01_09
- Sheldon, K. M. (2014). Becoming oneself: The central role of self-concordant goal selection. *Personality and Social Psychology Review*, 18(4), 349-365. doi:10.1177/1088868314538549
- Sheldon, K. M., Abad, N., Ferguson, Y., Gunz, A., Houser-Marko, L., Nichols, C. P. et Lyubomirsky, S. (2010). Persistent pursuit of need-satisfying goals leads to increased happiness: A 6-month experimental longitudinal study. *Motivation and Emotion*, 34(1), 39-48. doi:10.1007/s11031-009-9153-1
- Sheldon, K. M. et Elliot, A. (1999) Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.

Contre la dépression par la réalisation des buts

- Sheldon, K. M. et Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 55-86. doi:10.1007/s10902-005-0868-8
- Sin, N. L. et Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A et Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321-335.
- Straus, E. G. (1979). Memoir. Dans A. P. French (dir.), *Einstein: A centenary volume* (pp. 31-32). Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Van Ranst, N. et Marcoen, A. (1997). Meaning in life of young and elderly adults: An examination of the factorial validity and invariance of the Life Regard Index. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 877-884.
- Wiese, B. S. (2007). Successful pursuit of personal goals and subjective well-being. Dans B. R. Little, K. Salmela-Aro et S. D. Phillips (dir.), *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing* (p. 301-328). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wrosch, C., Scheier, M. F. et Miller, G. E. (2013). Goal adjustment capacities, subjective well-being, and physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(12), 847-860.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R. et Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1494-1508. doi: 10.1177/0146167203256921
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

RÉSUMÉ

La recherche dans le domaine de la motivation a démontré que la présence de buts personnels est associée au bien-être psychologique (BEP). Un programme de 14 semaines conçu pour aider les participants à réaliser leurs projets a été offert à des personnes âgées (≥ 65 ans) dépressives ($BDI-II \geq 9$; $M = 22,05$) afin d'améliorer leur BEP. Les niveaux de BEP, de dépression et d'anxiété des personnes qui ont participé au programme ($n = 24$) ont été comparés à ceux d'un groupe contrôle ($n = 18$). Les analyses ont montré que les participants au programme se sont améliorés significativement sur la plupart des indicateurs de BEP, incluant la dépression, ce qui semble indiquer qu'un programme de gestion des buts pourrait être une manière innovatrice de promouvoir la santé mentale des aînés dépressifs. Toutefois, l'amélioration est observée uniquement pour la sérénité et le sens à la vie dans les analyses comparatives avec le groupe contrôle. Les études ultérieures devraient tenter de développer des programmes de promotion de la santé mentale qui offrent aux individus des moyens d'atteindre un état de fonctionnement optimal.

MOTS CLÉS

dépression, intervention, personnes âgées, buts personnels, bien-être psychologique

ABSTRACT

Research on motivation has shown that the presence of personal goals is related to psychological well-being (PWB). A 14-week program designed to help participants realize meaningful personal projects was created to improve the PWB of depressed ($BDI-II \geq 9$; $M = 22,05$) older adults (≥ 65 years). The levels of PWB, depression, and anxiety of the

persons who took part in the program ($n = 24$) were compared to those of a control group ($n = 18$). Analyses showed that the program participants improved significantly on most indicators of well-being, including depression, indicating that a goal intervention program could be an innovative way to promote the mental health of depressive older adults. However, the improvement was observed only for serenity and meaning in life in the comparative analyses with the control group. Future studies should try to develop mental health promotion program that provide individuals with means to achieve an optimal state of functioning.

KEY WORDS

depression, intervention program, older adults, personal goals, psychological well-being

Contre la dépression par la réalisation des buts

Appendice

Contenu du programme *En route vers une vie plus heureuse*¹

Étapes	Rencontre	Contenu du programme
Étapes préliminaires	1	Activité sociale pour promouvoir la cohésion et la coopération entre les membres du groupe.
	2-3	Échanges sur la situation actuelle et sur les difficultés rencontrées. Conscience qu'ils ont des problèmes similaires.
Élaboration du but	4-5	Inventaire des buts, aspirations et intérêts. Exploration des domaines prioritaires selon les domaines de la vie. Identification des pensées nuisibles et des croyances négatives qui empêchent la réalisation des buts.
	6-7	Sélection de 5 buts prioritaires. Évaluation selon différentes dimensions : difficulté, stress, effort, probabilité de réalisation, plaisir, contrôle, soutien par autrui, conflit, efficacité etc. pour faire ressortir les implications des buts retenus.
	8	Choix d'un but et traduction en comportement-cible, c'est-à-dire en actions concrètes, claires et précises en vue de faciliter sa réalisation.
Planification du but	9-10	Choix des moyens et des actions concrètes pour atteindre le but, spécification des étapes de réalisation, prévision des obstacles et des stratégies pour les affronter, identification des ressources personnelles et environnementales incluant l'aide possible d'autrui.
Poursuite du but	11-12-13	Exécution du plan d'action. Évaluation des efforts, progrès, difficultés, habiletés et ressources. Identification des pensées et émotions qui empêchent la réalisation des actions. Ajustements aux imprévus. Le soutien du groupe est essentiel.
Évaluation	14	Évaluation des progrès dans la réalisation du but, prise de conscience des apprentissages effectués au cours de la démarche et de la capacité à utiliser les acquis dans le futur. Évaluation de la satisfaction.

¹ Pour plus de détails, voir le Guide de l'animateur (Dubé, Bouffard, Lapiere et Marcoux, 2014). Le nombre de rencontres peut varier puisque chaque groupe suit son propre rythme.