

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
NATHALIE TURMEL

RELATION ENTRE LES STRATÉGIES D'ADAPTATION, LE LIEU DE
CONTRÔLE ET LE NIVEAU DE SÉVÉRITÉ DU PSORIASIS CHEZ LES
PERSONNES ATTEINTES

MARS 1999

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.

Sommaire

L'objectif premier de cette recherche est d'établir si, dans un contexte de personnes atteintes de psoriasis, il existe un lien entre la sévérité du psoriasis, les stratégies d'adaptation et le lieu de contrôle. L'échantillon se compose de 29 hommes et de 19 femmes atteints de psoriasis, âgés entre 22 et 75 ans. Le recrutement s'est fait dans trois cliniques de dermatologie lors de consultations externes. La cueillette des données a été effectuée à l'aide de quatre questionnaires : un questionnaire de renseignements socio-démographiques, un questionnaire sur la sévérité du psoriasis, ainsi que les versions françaises du Multidimensional Health Locus of Control Scales de Wallston, Wallston et DeVellis (1978) et du Ways of Coping Questionnaire de Folkman et Lazarus (1988). Des analyses de régression multiple ont révélé que la sévérité du psoriasis est en lien avec l'autocontrôle, une stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion. Ces analyses révèlent également que l'autocontrôle est en lien avec le lieu de contrôle interne. La chronicité et la récurrence de la maladie, qui dans la plupart des cas dure depuis plus de dix ans, ainsi que les rémissions spontanées qui l'accompagnent pourraient expliquer une perception instable du contrôle possible sur la maladie. Les individus dont la santé est gravement menacée et ce, depuis longtemps semblent se résigner et utiliseraient l'autocontrôle pour faire face à cette maladie.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Contexte théorique.....	5
Le psoriasis	6
Les facteurs biologiques.....	9
Les facteurs environnementaux.....	10
Les facteurs psychologiques	11
Les stratégies d'adaptation.....	13
Le lieu de contrôle	17
Liens entre lieu de contrôle et stratégies d'adaptation.....	22
Hypothèses de recherche	25
Méthode	27
Participants.....	28
Instruments de mesure.....	29
Déroulement	33
Résultats	36
Lieu de contrôle et sévérité du psoriasis	37
Stratégies d'adaptation et sévérité du psoriasis	38
Lieu de contrôle et stratégies d'adaptation	40

Discussion.....	43
Conclusion	51
Références.....	53

Liste des tableaux

Tableau 1	Coefficients de cohérence interne du WCQ, MHLC et de l'échelle de sévérité du psoriasis.....	34
Tableau 2	Corrélations entre la sévérité du psoriasis et le lieu de contrôle.....	39
Tableau 3	Corrélations entre la sévérité du psoriasis et les stratégies d'adaptation.....	40
Tableau 4	Corrélations entre le lieu de contrôle et les stratégies d'adapation..	41

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma très vive reconnaissance à Madame Marie-Claude Denis pour son appui constant et ses conseils. Elle a su me guider et maintenir ma motivation jusqu'au bout de cet accomplissement. Je désire également exprimer ma gratitude à Monsieur Paul Langevin pour ses précieuses connaissances en regard des statistiques de cette recherche.

Introduction

Les émotions jouent un rôle indéniable dans la santé mentale, mais elles sont aussi très importantes en ce qui a trait à la santé physique. Pour les tenants de l'approche psychosomatique, certains facteurs psychologiques peuvent influencer l'apparition et l'évolution de diverses manifestations somatiques. La colite ulcéreuse, l'asthme, des troubles de l'alimentation tels que l'anorexie mentale et la boulimie, l'obésité et l'arthrite rhumatoïde sont, selon Monday (1988), des maladies à caractère psychosomatique.

Du côté des maladies de peau, nous verrons, à travers cette recherche, que le psoriasis est considéré, lui aussi, comme une dermatose à caractère psychosomatique, tout comme l'urticaire, l'alopecie et l'acné vulgaire (Gupta, Gupta, Ellis & Voorhees, 1990; Shanon, 1979; Zachariae, Øster, Bjerring & Kragballe, 1996). Actuellement, aucune cause spécifique n'est reconnue au psoriasis mais plusieurs facteurs précipitants ont été identifiés, dont certains de nature biologique, d'autres reliés à l'environnement ainsi que des facteurs psychologiques. L'apparition et la sévérité du psoriasis reposent donc sur une base plurifactorielle.

Parmi les différents facteurs pouvant influencer l'apparition et l'évolution du psoriasis, deux variables psychologiques, les stratégies d'adaptation et le lieu de contrôle, sont abordées dans cette étude. Les stratégies d'adaptation se réfèrent à la façon dont l'individu s'adapte aux événements de vie tandis que le lieu de contrôle indique la perception de contrôle qu'a l'individu sur sa vie. Peu d'études ont cherché à mettre en lien ces deux facteurs avec le psoriasis.

Le but principal de cette recherche est d'offrir des données spécifiques au psoriasis, les études traitant de ce sujet étant peu nombreuses, et d'identifier certains facteurs psychologiques pouvant être reliés à cette maladie de peau. À la lumière de ses résultats, l'auteure espère faire un pas de plus vers une meilleure compréhension du psoriasis afin d'aider les personnes qui en sont atteintes à mieux s'y adapter et à améliorer leur qualité de vie.

Après avoir examiné le contexte théorique, la méthode utilisée et les résultats obtenus seront ensuite abordés et nous discuterons de la signification et de l'implication de ces résultats chez la personne psoriasique.

Cette recherche a comme objectif premier d'établir s'il existe, chez les personnes atteintes de psoriasis, un lien entre les stratégies d'adaptation, le lieu de contrôle et le niveau de sévérité du psoriasis.

Contexte théorique

Le psoriasis

« Psoriasis » est tiré du mot grec *psôra* qui signifie *gale*. Cette maladie de peau chronique et récurrente occasionne des lésions rouges recouvertes de squames sèches et brillantes constituées de cellules mortes. D'un point de vue histologique, on remarque chez la peau psoriasique l'épaississement des deux couches de peau principales soit le derme et l'épiderme et une modification vasculaire.

On observe au niveau épidermique une multiplication accrue de cellules. Ainsi, une cellule épidermique prenant normalement trois à quatre semaines avant d'atteindre la surface de la peau, prend seulement trois à quatre jours chez la personne atteinte. Cette prolifération fait alors en sorte que les cellules épidermiques ne parviennent jamais à une maturation complète avant d'atteindre la surface de la peau; ce qui explique la desquamation associée au psoriasis. Au niveau du derme, la peau psoriasique présente, des capillaires sanguins dilatés et tortueux occasionnant non seulement une augmentation de la pression

artérielle, mais aussi de l'œdème et de l'inflammation (Christophers & Sterry, 1993; Kerr, 1992).

Les lésions se retrouvent principalement au cuir chevelu, aux genoux, aux coudes, ainsi qu'au niveau du tronc et des ongles, plus rarement dans le visage. Elles peuvent également affecter des zones aussi sensibles que les régions génitale et périanale. Dans les cas d'extrême sévérité, elles peuvent recouvrir jusqu'à 80% de la surface corporelle. Le rhumatisme psoriasique est une complication importante de cette maladie de peau. En effet, le psoriasis attaque alors les articulations (particulièrement celles des extrémités) causant des dommages considérables en entraînant une rigidité des membres atteints et rendant le mouvement laborieux. Selon la National Psoriasis Foundation (1998), plus de quatre cents personnes meurent chaque année aux États-Unis des suites de cette maladie de peau.

Le psoriasis peut se manifester à tout âge mais la plupart des personnes atteintes voient apparaître les premières lésions à un âge moyen de 28 ans. Plus les débuts sont hâtifs (avant l'âge de 15 ans), plus la maladie sera sévère et chronique et indiquera une prédisposition génétique certaine dans la famille immédiate. Le psoriasis se retrouve autant chez les hommes que chez les

femmes, et ce, de toutes nationalités. À ce jour, un million de Canadiens en sont atteints et d'entre eux, environ 10% à 20% sont victimes du rhumatisme psoriasique. Des rémissions spontanées d'une durée pouvant aller jusqu'à 54 ans ont été observées (Christophers & Sterry, 1993).

Cette maladie de peau peut avoir des conséquences physiques et psychologiques importantes chez la personne atteinte, notamment des troubles du sommeil, des démangeaisons, des douleurs, de l'inquiétude et de la culpabilité face à la possibilité de transmettre la maladie (génétiquement) ainsi qu'un sentiment de honte d'exposer son corps aux yeux de tous. On remarque également chez nombre de ces personnes une fragilité dans les relations de couple (en lien avec l'image du corps et la proximité sexuelle), des contacts interpersonnels difficiles et, dans certains cas, la perspective d'une diminution des possibilités d'emploi. Finalement on peut noter chez la personne atteinte de psoriasis une basse estime de soi, un sentiment de rejet, une vulnérabilité face à la dépression et l'alcoolisme, et la présence d'idées suicidaires pouvant mener jusqu'au suicide (Gupta, Gupta & Haberman, 1987; Gupta, Gupta, Schork & Ellis, 1994; Marrs, 1991; Shanon, 1979).

Les facteurs biologiques

Comme déjà mentionné, la présence du psoriasis peut être expliquée par plusieurs facteurs dont certains sont biologiques. Parmi eux, la prédisposition génétique au psoriasis est bien reconnue (Christophers & Sterry, 1993; Engels, 1982; Kerr, 1992). Des études ont démontré qu'une augmentation de la fréquence d'apparition du psoriasis a été remarquée chez les enfants dont un ou les deux parents sont atteints. Ainsi, si un parent est atteint de la maladie, l'enfant a de 10% à 25% des chances de la développer. Dans le cas où les deux parents sont atteints, l'enfant a 50% des chances de faire à son tour du psoriasis. Par contre, selon Grossbart et Sherman (1992), ce que la personne hérite est la *possibilité* de développer le psoriasis. Or, d'après la National Psoriasis Foundation (1998), au moins un tiers des gens prédisposés au psoriasis ne le développeront jamais. On peut donc penser que la disposition héréditaire ne peut, à elle seule, provoquer l'apparition du psoriasis puisque ce dernier peut rester latent plusieurs années sinon une vie entière (Shanon, 1979).

Parmi les autres facteurs biologiques identifiés, plusieurs types de lésions cutanées et certaines drogues ont été rapportés comme étant des éléments déclencheurs de la maladie. On parle de chocs physiques occasionnés à la peau tels les brûlures, les coupures, les interventions chirurgicales et les

grattages répétitifs, et de drogues comme le lithium et les bêtabloquants (Christophers & Sterry, 1993; Gupta et al., 1987; Marris, 1991).

Le système immunitaire semble également impliqué dans l'étiologie du psoriasis. Les études rapportent, entre autres, comme facteurs déterminants des changements hormonaux tels que ceux occasionnés par la puberté, la grossesse ou la ménopause (Farber, Bright & Nall, 1968; Marris, 1991), certaines formes d'infections causées par le streptocoque (Christophers & Sterry, 1993; Engels, 1982; Marris, 1991) et un fonctionnement anormal des globules blancs (leucocytes et lymphocytes) (Marris, 1991). Ces facteurs entraînent une vulnérabilité au niveau immunitaire et ouvrent la porte à diverses affections. De récentes recherches soulèvent finalement la présence d'un neuropeptide nommé substance P qui serait responsable de la distribution souvent symétrique des plaques sur le corps de la personne atteinte (Farber, Nickoloff, Recht & Fraki, 1986).

Les facteurs environnementaux

Du côté des facteurs environnementaux, il semble que les éléments climatiques doivent être pris en considération. En effet, des températures

chaudes et le soleil ont été rapportés comme étant bénéfiques pour le psoriasis, contrairement aux températures froides qui semblent avoir l'effet inverse. Une étude menée par Farber et al. (1968) faite auprès de 2144 personnes atteintes de psoriasis indique que 77% disent avoir vu une amélioration de leurs symptômes lors de températures chaudes. De plus, le soleil semble avoir un effet bénéfique puisque 78% de ces mêmes personnes remarquent une amélioration de leur état lorsqu'elles sont exposées au soleil. Toujours selon cette même étude, des températures froides ont occasionné une aggravation du psoriasis chez 88% des sujets contre 12% qui ont plutôt observé une amélioration de leur état. L'humidité, les changements de température et la sécheresse seraient également d'autres facteurs influençant l'apparition ou l'aggravation de la maladie (Farber et al., 1968; Marrs, 1991).

Les facteurs psychologiques

Attardons-nous maintenant sur certains facteurs psychologiques associés au psoriasis. Comme mentionné précédemment, plusieurs auteurs reconnaissent le psoriasis comme étant une dermatose à caractère psychosomatique, ce qui signifie que ses symptômes physiques peuvent avoir des racines psychologiques (Gupta et al., 1994; Monday, 1988; Shanon, 1979). Un des facteurs psychologiques reconnu dans la majorité des écrits est le stress.

Différents auteurs estiment qu'un stress émotionnel tel qu'une séparation, la maladie d'un proche, un échec, une mésentente familiale, ou encore un deuil peut affecter l'émergence et le développement du psoriasis dans 40% à 80% des cas (Al'Abadie, Kent & Gawkrödger, 1994; Arnetz, Fjellner, Eneroth & Kallner, 1985; Farber et al., 1968; Fava, Perini, Santonastaso & Fornasa, 1980; Seville, 1977).

Une étude menée par Duran et al. (1993), quant à l'effet du stress et de la structure de personnalité sur l'apparition et la sévérité du psoriasis, révèle que sur les 38 participants à l'étude, le nombre moyen d'événements stressants est significativement plus élevé chez les individus ayant un psoriasis sévère que chez ceux ayant un psoriasis léger. Gupta et al. (1989) dans une étude sur la réaction cutanée des personnes psoriasiques face au stress, affirme que dans 50% des cas, le psoriasis est aggravé par un stress. Des stressseurs tels que la dépression, l'anxiété ainsi que des problèmes financiers ou conjugaux ont aussi été identifiés comme étant des déclencheurs de la maladie chez plus de 70% des personnes atteintes de psoriasis (Farber & Nall, 1993; Harvima et al., 1993).

Par contre, d'après Baughman, Sobel et Hanover (1971), le lien entre le stress émotionnel et la sévérité du psoriasis est plus modeste que ce

qu'affirment les résultats des recherches citées précédemment. Selon ces auteurs, le stress serait un déterminant mineur de la sévérité du psoriasis avec une corrélation de 0.28.

Selon certains auteurs (Grossbart & Sherman, 1992; Shanon, 1979; Zachariae et al., 1996), le fait d'avoir les symptômes du psoriasis dépendrait aussi de facteurs individuels tels que la capacité à négocier avec les éléments stressants (stratégies d'adaptation) et la perception de contrôle sur l'événement stressant.

Les stratégies d'adaptation

Selon Folkman et Lazarus (1988), ce n'est pas tant le stress que la façon dont l'individu s'adapte à celui-ci qui influence son bien-être physique et psychologique. D'après Arnetz, Fjellner, Eneroth et Kallner (1991), la peau réagirait non seulement en fonction du stress mais aussi en fonction des stratégies d'adaptation adoptées. Les stratégies d'adaptation jouent un rôle médiateur important entre les stressants et l'état de santé de la personne (Endler & Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; McCrae, 1984). Elles peuvent être définies comme «(...) l'ensemble des

efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu.» (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994, p.100). Or, selon Baughman et al. (1971), les capacités d'adaptation de la personne pourraient expliquer entre autres le fait que le stress entraîne l'aggravation de l'état de santé chez les uns et non pas chez les autres.

Le choix d'une stratégie d'adaptation s'effectue à partir de l'évaluation cognitive que la personne se fait de la situation. L'évaluation primaire est le processus cognitif où l'individu cherche à savoir si l'événement en question peut mettre en danger son bien-être. L'événement peut être perçu comme une menace, une perte ou encore, à l'opposé, un défi. Par exemple, la perte d'un emploi peut être perçue, par quelqu'un, comme étant une menace à sa sécurité financière tandis que pour quelqu'un d'autre, cet événement sera perçu comme une opportunité de réaliser le projet d'un retour aux études. L'individu évalue ensuite quels sont les moyens (ressources physiques, sociales, psychologiques ou matérielles) mis à sa disposition pour faire face ou remédier à la situation (évaluation secondaire) (Folkman et al., 1986). C'est cette interprétation personnelle de l'événement qui oriente la personne dans le choix des stratégies d'adaptation à utiliser.

Folkman et Lazarus (1988) ont identifié deux fonctions majeures aux stratégies d'adaptation reconnues à travers la littérature: 1- la régularisation ou le contrôle de la tension émotionnelle induite par la situation (stratégies centrées sur l'émotion) et 2- la gestion du problème à l'origine de la détresse (stratégies centrées sur le problème). Les premières stratégies permettent par exemple de modifier le sens de l'événement, d'en minimiser les conséquences ou encore de se concentrer sur les aspects positifs de la situation. Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème, quant à elles, sont constituées de prises de décision, de recherche d'information ou encore de résolution de problèmes.

La question posée dans cette étude est la suivante: Quelles stratégies d'adaptation les personnes atteintes de psoriasis utilisent-elles afin de faire face au stress associé à cette maladie de peau? Encore très peu d'études à ce jour se sont penchées sur cette question. L'une d'entre elles, menée par Taylor et Coen Buckwalter (1988) auprès de personnes atteintes de psoriasis, révèle que les stratégies d'adaptation les plus souvent utilisées sont l'autocontrôle, la recherche de solutions, la recherche d'information, l'évitement et l'acceptation. Il s'agit de stratégies des deux types: centrées sur l'émotion et sur le problème. Par contre, les résultats de cette étude indiquent que les personnes atteintes utilisent davantage de stratégies d'adaptation centrées sur le problème (dans plus de 50% cas) et que les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ne

sont utilisées qu'occasionnellement. Cependant, il semble que lorsque la menace à la santé est sévère ou qu'il y a présence de complications, les individus ont davantage recours aux stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion. Ces dernières observations recourent celles de Folkman et al. (1986) rapportant qu'une menace à la santé entraînerait chez l'individu davantage de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion comme la recherche de soutien social et l'évitement.

À l'inverse, l'étude de McCrae (1984) concernant l'influence des pertes, des menaces et des défis sur le choix des stratégies d'adaptation à adopter révèle que les personnes dont la santé est menacée prennent souvent plus d'actions concrètes et recherchent une assistance. Ces résultats sont aussi en accord avec ceux de la recherche de Billings et Moos (1981) qui mettent en évidence que les stratégies d'adaptation actives sont utilisées davantage par les personnes faisant face à une maladie que par celles faisant face à un deuil. La littérature révèle ainsi que les stratégies d'adaptation adoptées face au psoriasis varient selon la gravité de la maladie, ce qui ne nous permet pas, à l'heure actuelle, de déduire un sens précis en ce qui concerne les stratégies d'adaptation utilisées.

Une variable démographique qui semble affecter le choix des stratégies d'adaptation adoptées dans un contexte de menace à la santé est le sexe. En effet, différents auteurs s'entendent pour dire que les stratégies d'adaptation utilisées sont différentes chez les hommes et les femmes. Selon ces études, les femmes utilisent plus de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion telles la recherche de soutien social, la réévaluation positive et l'évitement (Billings & Moos, 1981; Blanchard-Fields & Irion, 1988; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1990; Taylor & Coen Buckwalter, 1988), tandis que chez les hommes, on retrouve davantage de stratégies d'adaptation centrées sur le problème.

Le lieu de contrôle

Le lieu de contrôle est également un facteur psychologique jouant un rôle médiateur important entre les événements stressants et le bien-être physique d'une personne (Parkes, 1984). On définit le lieu de contrôle comme étant «la croyance selon laquelle les événements en général dépendent soit de facteurs externes (chance, hasard, destin ou personnages tout-puissants), soit de facteurs internes relatifs à certaines caractéristiques personnelles (capacités, comportements) (...)» de l'individu. (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994, p. 69)

Le lieu de contrôle est une caractéristique personnelle façonnée par le degré de perception qu'a la personne de la relation de causalité entre ses comportements et les résultats obtenus. Selon la théorie de l'apprentissage social de Rotter (1966), c'est en vivant ses expériences que l'individu en vient à se créer une vision généralisée quant à ce qui contrôle sa vie. La présence ou l'absence de psoriasis dépend-elle d'actions ou de comportements propres à l'individu ou encore est-elle le résultat de forces extérieures indépendantes de ses actes? Dans le premier cas on parle d'un lieu de contrôle interne, c'est-à-dire que l'individu croit que les résultats obtenus sont la conséquence de ses actes et qu'il est en mesure de pouvoir influencer le courant de sa vie peu importe l'événement. Une personne atteinte de psoriasis ayant cette perception de contrôle estimerait pouvoir contrôler sa maladie, par exemple en appliquant onguents et hydratants, en évitant les produits trop abrasifs ou parfumés, etc. Dans le cas d'un lieu de contrôle externe, l'individu a la ferme conviction que ce qui lui arrive est dû à des facteurs extérieurs tels la chance, le destin, les personnages religieux, les médecins, les membres de sa famille ou encore ses amis. Il croit que les résultats sont indépendants de ses actes et qu'il n'a que très peu de contrôle sur sa vie. Une personne atteinte ayant cette perception de contrôle dira notamment que seul son médecin peut la guérir, que sa maladie de peau est une punition infligée par Dieu, qu'elle était destinée à être malade, etc. Elle se croit incapable de combattre la maladie par elle-même.

Cette conception du lieu de contrôle en fonction des deux pôles interne/externe initialement proposée par Rotter (1966) a longtemps été acceptée. S'opposant à cette perspective, Levenson (1981) a proposé une approche multidimensionnelle plus informative et descriptive du lieu de contrôle, en différenciant, en plus du lieu de contrôle interne, deux types de lieu de contrôle externe soit l'externalité associée au pouvoir d'autrui et l'externalité associée à la chance. Cette dernière distinction semble appropriée considérant le fait que dans la pratique médicale, le médecin est souvent perçu comme une personne ayant un pouvoir de guérison sur le patient «passif».

L'externalité associée au pouvoir d'autrui signifie que l'individu se repose sur les autres pour gérer sa situation de santé, ici le psoriasis. Certaines personnes de ce type consultent maints professionnels de la santé afin de trouver celui ou celle qui lui prescrira l'onguent miraculeux. L'entourage également devient source responsable de l'état de santé auquel l'individu est confronté. L'externalité associée à la chance signifie, quant à elle, que l'individu considère que ni lui ni les autres ne peut contrôler son état de santé et que celui-ci dépend de la chance, du destin.

Des résultats de recherches suggèrent que ces croyances à propos du lieu de contrôle sont associées de façon significative aux comportements de l'individu face à sa santé. Plusieurs études menées sur le lieu de contrôle en matière de santé soulignent les répercussions positives d'avoir un lieu de contrôle interne. Ainsi selon Strickland (1978), l'individu ayant un lieu de contrôle interne est plus susceptible de prendre ses responsabilités afin d'améliorer son état de santé. Il recherche davantage d'informations à propos de sa maladie et des moyens pour faciliter sa guérison, et opte pour des comportements préventifs tels que le port de la ceinture de sécurité, des visites régulières chez le dentiste, de l'exercice physique et il ne fume pas. De plus, l'interne est mieux adapté socialement, a un meilleur moral (Jutras, 1987), expérimente moins de détresse émotionnelle et obtient davantage de succès dans ce qu'il entreprend. Selon Reynaert, Janne, Zdanowicz, Croonenberghs et Roussaux (1995), ce sentiment de contrôle et de responsabilisation de l'individu face à sa maladie est un facteur important pour le pronostic et les objectifs thérapeutiques.

L'individu ayant un lieu de contrôle externe, quant à lui, semble vivre plus d'événements de vie stressants. D'attitude passive, il dépend plus des autres pour les soins à recevoir. Il a aussi un plus grand nombre de rechutes et ses

pronostics sont moins favorables (Levenson, 1981; Parkes, 1984; Reynaert et al., 1995).

Une trop forte croyance que l'individu contrôle sa maladie peut s'avérer dysfonctionnelle dans le cas de maladie chronique ou incurable comme le cancer par exemple. Une étude faite auprès de personnes cancéreuses rapporte une corrélation positive entre l'amélioration de l'état de santé de ces dernières et des croyances externes (Wallston, Stein & Smith, 1994). De plus on remarque que les personnes atteintes d'une maladie chronique (cancer, diabète, épilepsie et maladies respiratoires) attribuent davantage le contrôle de celle-ci au pouvoir d'autrui et à la chance qu'à elles-mêmes (Wallston & Wallston, 1981).

Très peu d'études ont cherché à savoir quel type de lieu de contrôle était le plus souvent utilisé chez les personnes atteintes de psoriasis. Des travaux comparant le type de lieu de contrôle chez les personnes psoriasiques en relation avec les personnes en bonne santé ne laissent apparaître aucune différence significative entre les deux groupes (Arnetz et al., 1985; Invernizzi et al., 1988). Puisque les études recensées par rapport au psoriasis ne donnent pas de direction quant au lieu de contrôle utilisé, nous nous devons d'envisager

le psoriasis dans sa perspective plus large de maladie chronique, au même titre que l'épilepsie, le cancer, le diabète, etc. Dans cette perspective, l'orientation à donner à l'hypothèse irait dans le sens d'un lieu de contrôle externe chez les personnes sévèrement atteintes.

Précisons enfin que l'âge semble être une variable démographique intervenant sur le lieu de contrôle. En effet, Levenson (1981) note qu'un lieu de contrôle externe (autant associé au pouvoir d'autrui qu'à la chance) est davantage présent chez les jeunes, tandis que chez les personnes âgées on remarque plutôt un lieu de contrôle interne.

Lien entre lieu de contrôle et stratégies d'adaptation

Les écrits scientifiques suggèrent un lien étroit entre le lieu de contrôle et les stratégies d'adaptation. Selon Carver et al. (1989), le lieu de contrôle est un trait de personnalité pouvant prédire les types de stratégies d'adaptation utilisées. Ainsi, les personnes ayant un lieu de contrôle interne et celles ayant un lieu de contrôle externe diffèrent quant à la nature de leurs stratégies d'adaptation.

L'étude de Strickland (1978), met en évidence une corrélation positive entre l'individu ayant un lieu de contrôle interne et l'utilisation marquée de stratégies d'adaptation centrées sur le problème telles la recherche d'information et l'utilisation de comportements préventifs. L'individu externe quant à lui, s'engage davantage dans des stratégies d'adaptation passives centrées sur l'émotion (Blanchard-Fields & Irion, 1988; Strickland, 1978).

Folkman (1984), dans une étude faite auprès de 100 hommes et femmes âgés entre 45 et 64 ans portant sur le lieu de contrôle et les stratégies d'adaptation relatives à différentes situations de la vie courante, rapporte des résultats intéressants en ce qui concerne les croyances générales de contrôle chez ces personnes. Ces résultats soutiennent que les individus ayant un lieu de contrôle interne n'ont pas davantage utilisé les stratégies d'adaptation centrées sur le problème que celles ayant un lieu de contrôle externe; non plus que les externes n'ont utilisé plus de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion que les internes. Par la suite, Folkman et al. (1986) dans une étude menée auprès de 85 couples portant sur les stratégies d'adaptation utilisées face à un événement stressant spécifique cette fois, révèle des résultats allant dans le même sens que ceux de Strickland (1978) soit un lien entre un lieu de contrôle interne et des stratégies d'adaptation centrées sur le problème, et entre un lieu de contrôle externe et des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.

D'après Blanchard-Fields et Irion (1988), la relation entre le lieu de contrôle et les stratégies d'adaptation est influencée par l'âge. En effet, ces auteurs relèvent des corrélations positives chez les jeunes individus entre l'internalité, l'évitement et l'acceptation des responsabilités. Tandis que chez les individus plus âgés, des corrélations positives ont été identifiées entre l'externalité associée au pouvoir d'autrui, la résolution de problème et l'autocontrôle, ainsi qu'entre l'externalité associée à la chance, la distanciation et l'autocontrôle. Les jeunes individus endosseraient plus de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, et ce, peu importe si la situation est perçue comme contrôlable ou non, tandis que chez les individus plus âgés, les situations perçues comme contrôlables entraînent l'utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur le problème et celles perçues comme incontrôlables, des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.

Cette revue de littérature nous a permis de définir le psoriasis en tant que maladie de peau chronique et récurrente ayant des complications sévères dans certains cas. Des facteurs biologiques et environnementaux ainsi que certains facteurs psychologiques tels que le stress, les stratégies d'adaptation et le lieu de contrôle ont été identifiés comme facteurs précipitants. Du côté des stratégies d'adaptation, nous avons vu que, selon les auteurs, les personnes atteintes de psoriasis utilisent soit des stratégies d'adaptation centrées sur

l'émotion, des stratégies d'adaptation centrées sur le problème, ou les deux pour faire face à l'événement stressant. Le lieu de contrôle, quant à lui, est une variable très peu étudiée chez des personnes psoriasiques. Nous savons, par contre, qu'une maladie chronique et sévère peut engendrer la croyance d'un lieu de contrôle externe chez les personnes atteintes. Un lien étroit est suggéré entre les deux variables soit la présence d'une corrélation positive entre un lieu de contrôle interne et des stratégies d'adaptation centrées sur le problème et une corrélation positive entre un lieu de contrôle externe et des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.

Hypothèses de recherche

Comme déjà mentionné, peu d'études mettent en lien les stratégies d'adaptation et le lieu de contrôle avec le psoriasis. L'objectif premier de cette recherche est donc d'établir si, dans le contexte de personnes atteintes de psoriasis, il existe un lien entre la sévérité du psoriasis, le lieu de contrôle et les stratégies d'adaptation.

Plus spécifiquement, la recherche mettra à l'épreuve les hypothèses suivantes:

1. plus le niveau de sévérité du psoriasis est élevé, plus le lieu de contrôle est externe, contrairement à un lieu de contrôle interne dans le cas de psoriasis moins sévère;
2. plus le niveau de sévérité du psoriasis est élevé, plus les stratégies d'adaptation adoptées sont centrées sur l'émotion, contrairement à des stratégies d'adaptation centrées sur le problème dans le cas de psoriasis moins sévère;
3. les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion sont en lien avec un lieu de contrôle externe tandis que celles centrées sur le problème sont en lien avec un lieu de contrôle interne.

Méthode

Participants

Les 48 participants volontaires (29 hommes et 19 femmes) avaient été diagnostiqués par un(e) dermatologue comme étant atteints de psoriasis, mais n'ayant aucune autre maladie de peau. Ils sont âgés entre 22 et 75 ans avec une moyenne d'âge de 45,5 ans (ÉT = 13 ans) chez les hommes et de 37,3 ans (ÉT= 16,2 ans) chez les femmes. La majorité sont mariés ou conjoints de fait (62,5%), occupent un emploi (75%) et ont complété des études secondaires (95,8%). La première manifestation de psoriasis a eu lieu en moyenne à l'âge de 24,1 ans, avec une durée de moins d'un an dans 1 cas (2,1%), de 1 à 5 ans dans 6 cas (12,5%), de 6 à 10 ans dans 3 cas (6,3%) et de plus de 10 ans dans 38 cas (79,2%). Des 51 lots de questionnaires recueillis, deux ont été rejetés en raison de la présence d'une autre maladie de peau et un autre dont les données étaient incomplètes.

Les instruments de mesure

Quatre questionnaires ont été utilisés pour les fins de cette recherche soit un questionnaire de renseignements socio-démographiques, un questionnaire de sévérité du psoriasis, ainsi que la version française du Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales de Wallston, Wallston et DeVellis (1978) et du Ways of Coping Questionnaire (WCQ) de Folkman et Lazarus (1988).

Les données recueillies concernant les renseignements socio-démographiques comprennent le statut civil, l'occupation, la scolarité, le sexe et l'âge. S'ajoute à ces renseignements une question sur la présence d'autres maladies de peau.

En ce qui concerne la mesure de sévérité du psoriasis, puisque certains symptômes sont principalement subjectifs (démangeaisons, inconfort), nous avons obtenu ces données à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation élaboré par l'auteure et inspiré des travaux de Gupta et Gupta (1995) dont le but est de déterminer le degré de gravité de la maladie. Le questionnaire comportait au début sept items dont cinq se rapportaient aux symptômes communs du psoriasis (rougeurs, desquamation, épaisseur des plaques, démangeaisons et

arthrite psoriasique) et deux items évaluaient la sévérité globale du psoriasis et le degré d'inconfort. À la suite d'analyses préliminaires, l'item arthrite psoriasique de cette échelle a été enlevé en raison de son manque de cohérence avec les autres items. La disparité du fonctionnement de cet item en regard des autres peut s'expliquer par les deux possibilités suivantes : une personne peut être atteinte d'arthrite psoriasique et avoir très peu de plaques de psoriasis ou, dans le cas contraire, elle peut avoir des plaques de psoriasis recouvrant une bonne partie de son corps sans nécessairement être atteinte d'arthrite psoriasique.. Les données ont été recueillies à l'aide d'une échelle en onze points allant de « 0 » (*absence de symptôme*) à « 10 » (*symptôme très sévère*). Les répondants étaient également questionnés sur leur âge lors de la première manifestation du psoriasis ainsi que sur la durée de la maladie. L'indice de sévérité du psoriasis a été obtenu à partir de la moyenne des scores sur les 6 items de l'échelle et peut varier entre 0 et 10. Finalement en ce qui concerne la fidélité de l'instrument mesurant le niveau de sévérité du psoriasis, le coefficient de cohérence interne est très satisfaisant ($\alpha = .85$).

Le Multidimensional Health Locus of Control Scales de Wallston et al. (1978) est l'un des instruments les plus couramment utilisés dans le domaine de la santé pour l'évaluation du degré subjectif de contrôle en matière de santé. Cet instrument est composé de 18 items mesurant trois dimensions de contrôle

soit le contrôle interne (IHLC), le contrôle externe associé au pouvoir d'autrui (PHLC) et le contrôle externe associé à la chance (CHLC). Chacune des dimensions de contrôle est évaluée par six items sur une échelle de type Likert en quatre points allant de « 1 » (*pas du tout d'accord*) à « 4 » (*tout à fait d'accord*).

Un score élevé sur une sous-échelle signifie une forte croyance en la source de contrôle, tandis qu'un score bas suggère plutôt le désaveu de cette source de contrôle. De ce fait, un individu peut donc avoir un score bas ou élevé sur les trois sous-échelles de contrôle.

Les coefficients de consistance interne des trois sous-échelles de contrôle du MHLC obtenus par Wallston et al. (1978) sont satisfaisants (0.67 (PHLC), 0.75 (CHLC) et 0.77 (IHLC)). Par contre, les coefficients de cohérence interne obtenus, dans le cadre de cette recherche, pour les sous-échelles du MHLC sont peu élevés soit 0.60 pour le IHLC, 0.63 pour le PHLC et 0.69 pour le CHLC. Ses sous-échelles possèdent un niveau de stabilité temporelle acceptable, d'après des corrélations test-retest de 0.66 (IHLC), 0.73 (CHLC) et de 0.71 (PHLC) (Wallston & Wallston, 1981). Wallston, et al. (1978) ont démontré la validité prédictive concurrente, et de construit de l'instrument. En ce qui concerne

l'indépendance des trois sous-échelles, la IHLC et la PHLC sont statistiquement indépendantes tandis que la IHLC et la CHLC sont corrélées négativement. Comme on doit s'y attendre, la PHLC et la CHLC ont une légère corrélation positive puisque ces sous-échelles sont des mesures d'externalité (Wallston & Wallston, 1981). La version française utilisée dans cette étude est celle de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994).

Le quatrième instrument de mesure utilisé, le Ways of Coping Questionnaire de Folkman et Lazarus (1988), permet d'évaluer les stratégies d'adaptation employées par l'individu afin de faire face à un stress spécifique. Le fait d'être atteint de psoriasis étant, dans cette étude, cet événement perturbateur, la personne doit indiquer parmi un inventaire de stratégies d'adaptation comportementales et cognitives, lesquelles sont utilisées pour faire face à la maladie. Cet instrument comprend 66 items cotés sur une échelle de type Likert en quatre points allant de « 1 » (*pas utilisé*) à « 4 » (*beaucoup utilisé*). Folkman et Lazarus (1988) regroupent ces items selon huit sous-échelles soient deux sous-échelles de stratégies d'adaptation centrées sur le problème (la confrontation et la résolution de problème) et six sous-échelles centrées sur l'émotion (la distanciation, l'autocontrôle, la recherche de soutien social, l'acceptation des responsabilités, l'évitement et la réévaluation positive).

Le WCQ présente des qualités psychométriques satisfaisantes. Les coefficients alpha des huit sous-échelles varient de 0.61 à 0.79 et Folkman et Lazarus (1988) ont démontré la validité de construit et la validité concurrente. La traduction française de l'instrument utilisée dans cette étude est celle de Mishara (1987). Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) obtenus dans le cadre de cette recherche sont de 0.63 pour la confrontation, 0.62 pour la distanciation, 0.74 pour l'autocontrôle, 0.76 pour la recherche de soutien social et pour l'acceptation des responsabilités, 0.70 pour l'évitement et 0.84 pour la résolution de problèmes et la réévaluation positive. Ces coefficients de cohérence interne sont en accord avec ceux de Folkman et Lazarus (1988) à l'exception de celui de la sous-échelle confrontation qui est inférieur à celui proposé par ces derniers (voir Tableau 1). Cette faiblesse peut s'expliquer par le fait que cette stratégie d'adaptation est plus rarement utilisée pour le type de stresser étudié, le psoriasis étant une maladie de peau dont la responsabilité peut être difficilement imputable à un tiers.

Déroulement

Le recrutement des participants s'est fait dans trois cliniques de dermatologie (Trois-Rivières, Québec et St-Georges de Beauce) lors de

Tableau 1

Coefficients de Cohérence Interne du WCQ, MHLC
et de l'Échelle de Sévérité du Psoriasis

Instruments	Sous-échelles	Alpha de Cronbach	
		présente recherche	Folkman & Lazarus (1988)
Ways of Coping Questionnaire	Confrontation	0.63	0.70
	Distanciation	0.62	0.61
	Autocontrôle	0.74	0.70
	Recherche de soutien social	0.76	0.76
	Acceptation des responsabilités	0.76	0.66
	Évitement	0.70	0.72
	Résolution de problèmes	0.84	0.68
	Réévaluation positive	0.84	0.79
Multidimensional Health Locus of Control			Wallston & Wallston (1978)
	IHLC	0.60	0.77
	PHLC	0.63	0.67
	CHLC	0.69	0.75
Échelle de Sévé- rité du Psoriasis		0.85	

consultations externes. Une lettre était donnée aux patients expliquant la recherche et ses objectifs et les invitait à participer à l'étude en remplissant quatre questionnaires d'une durée totale d'environ vingt minutes. Deux méthodes ont été utilisées pour la cueillette des données. La première permettait à la personne de s'inscrire à la recherche en remplissant un coupon-réponse; celle-ci recevait alors par envoi postal à domicile les questionnaires accompagnés d'une enveloppe de retour préaffranchie. Le protocole de six participants a été ainsi obtenu. La deuxième méthode permettait aux personnes de remplir les questionnaires directement à la clinique, après leur rencontre avec le(la) dermatologue. Après les avoir assurés de la confidentialité des résultats et obtenu le consentement écrit de chacune des personnes, nous avons remis aux participants consentants, un cahier contenant les quatre questionnaires dans l'ordre suivant: le WCQ, le MHLC, le questionnaire de sévérité du psoriasis et le questionnaire de renseignements socio-démographiques. Une fois les questionnaires remplis, les répondants remettaient le tout en main propre à la réceptionniste de la clinique de dermatologie. Cette méthode a permis de recruter 42 participants.

Résultats

Cette section aborde tout d'abord les résultats obtenus à la suite d'analyses préliminaires menées dans le but de contrôler les variables sexe et âge en lien avec la sévérité du psoriasis. Ensuite les résultats obtenus pour les trois hypothèses mises à l'épreuve seront exposés.

Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de vérifier l'existence d'éventuelles relations entre le sexe, l'âge et la variable de sévérité du psoriasis. Le calcul d'un test-t démontre l'absence de différence liée au sexe sur la sévérité du psoriasis ($t(46) = .66$, n.s.). Une deuxième analyse a été effectuée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson afin de vérifier si la variable âge pouvait, à son tour, entrer en relation avec la variable sévérité du psoriasis. Les résultats ne révèlent aucun lien significatif entre ces deux dernières variables ($r(41) = .04$, n.s.).

Lieu de contrôle et sévérité du psoriasis

Étant donné que l'individu peut se situer à différents degrés sur chacune des sous-échelles de lieu de contrôle, la régression multiple (méthode directe) a

été utilisée parce qu'elle considère de façon simultanée le comportement du sujet face aux trois dimensions. Elle permet ainsi d'évaluer si les sous-échelles du lieu de contrôle contribuent à l'explication de la variance totale en ce qui concerne la sévérité du psoriasis.

L'hypothèse voulant que plus le niveau de sévérité du psoriasis est élevé, plus le lieu de contrôle est externe n'a pas été confirmée. L'analyse révèle qu'aucune sous-échelle du lieu de contrôle n'est en lien significatif comme valeur prédictive de la sévérité du psoriasis (voir Tableau 2). Les résultats ne permettent donc pas de retenir l'hypothèse soulevée.

Stratégies d'adaptation et sévérité du psoriasis

L'hypothèse avançant un lien entre un psoriasis sévère et des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, et un lien entre un psoriasis léger et des stratégies d'adaptation centrées sur le problème a été vérifiée à l'aide d'une analyse de régression multiple (méthode directe) afin d'établir si les huit sous-échelles de stratégies d'adaptation pouvaient être des variables prévisionnelles de la sévérité du psoriasis. Le Tableau 3 présente tout d'abord les corrélations

Tableau 2

Corrélations entre la Sévérité du Psoriasis et le Lieu de Contrôle

Variables	2	3	4
1. Sévérité du psoriasis	.19	.06	-.08
2. Lieu de contrôle interne		.02	-.24
3. Lieu de contrôle externe (pouvoir d'autrui)			.03
4. Lieu de contrôle externe (chance)			

entre la sévérité du psoriasis et les huit sous-échelles du WCQ. Les résultats indiquent que la sévérité du psoriasis est corrélée de manière positive à quatre des huit sous-échelles dont trois sont centrées sur l'émotion (autocontrôle, évitement et réévaluation positive).

Les résultats de la régression multiple révèlent qu'une seule sous-échelle de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion soit l'autocontrôle entretient une forte relation avec la sévérité du psoriasis ($R^2 = .37$, $F(1,46) = 27.16$, $p < .001$). L'hypothèse formulée s'avère ainsi partiellement confirmée en ce qu'un psoriasis sévère est en lien avec des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.

Tableau 3

Corrélations entre la Sévérité du Psoriasis et les Stratégies d'Adaptation

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sévérité du psoriasis	.41	.21	.61	.24	.30	.46	.26	.36
2. Confrontation		.28	.49	.39	.66	.31	.46	.68
3. Distanciation			.38	.16	.25	.21	.29	.36
4. Autocontrôle				.30	.48	.45	.47	.58
5. Recherche de soutien social					.33	.41	.70	.23
6. Acceptation des responsabilités						.50	.40	.76
7. Évitement							.35	.36
8. Résolution de problèmes								.49
9. Réévaluation positive								

Note. Les $r > .30$ en valeur absolue sont significatives à $p < .05$.

Lieu de contrôle et stratégies d'adaptation

Finalement, l'hypothèse mettant en lien les stratégies d'adaptation et le lieu de contrôle a également été vérifiée à l'aide d'une régression multiple

Tableau 4

Corrélations entre le Lieu de Contrôle et les Stratégies d'Adaptation

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Lieu de contrôle interne	.02	-.24	.15	.23	.35	.16	.27	.10	.28	.24
2. Lieu de contrôle externe (pouvoir d'autrui)		.03	-.19	-.02	-.04	-.11	-.26	-.09	-.12	-.26
3. Lieu de contrôle externe (chance)			.00	.21	.15	.05	.06	.26	-.02	.01
4. Confrontation				.28	.49	.39	.66	.31	.46	.68
5. Distanciation					.38	.16	.25	.21	.29	.36
6. Autocontrôle						.30	.48	.45	.47	.58
7. Recherche de soutien social							.33	.41	.70	.23
8. Acceptation des responsabilités								.50	.40	.76
9. Évitement									.35	.36
10. Résolution de problèmes										.49
11. Réévaluation positive										

Note. Les $r > .30$ en valeur absolue sont significatives à $p < .05$.

(méthode directe). Aucun lien n'a été trouvé entre les sous-échelles de lieu de contrôle externe (PHLC et CHLC) et les huit sous-échelles de stratégies d'adaptation. Cependant, l'analyse de régression multiple indique que la sous-échelle de stratégies d'adaptation autocontrôle est en lien ($R^2 = .13$, $F(1,46) = 6.62$, $p < .05$) avec un lieu de contrôle interne (voir Tableau 4).

Discussion

La présente recherche avait pour objectif d'établir si, dans un contexte de personnes atteintes de psoriasis, il existait un lien entre la sévérité du psoriasis, le lieu de contrôle et les stratégies d'adaptation.

Il ressort des résultats de cette recherche que le lieu de contrôle chez la personne atteinte n'est associé à la sévérité du psoriasis, ni dans le sens de l'internalité, ni dans le sens de l'externalité. Quant aux stratégies d'adaptation, l'autocontrôle, une stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion, est reliée à la sévérité du psoriasis. Les personnes atteintes plus sévèrement utilisent davantage l'autocontrôle pour faire face à leur maladie de peau. Enfin, les résultats soulèvent un lien entre l'autocontrôle et un lieu de contrôle interne. Aucune autre corrélation n'est clairement établie entre les autres sous-échelles de lieu de contrôle et les différentes stratégies d'adaptation.

En ce qui concerne les résultats se rapportant au lieu de contrôle et à la sévérité du psoriasis, rappelons que le peu d'études à ce sujet

n'induisaient pas de lieu de contrôle type en rapport avec le psoriasis. Ceci nous avait obligé à envisager le psoriasis dans sa perspective plus large de maladie chronique, au même titre que l'épilepsie, le cancer ou le diabète par exemple. Une direction a été donnée à la formulation de l'hypothèse en se basant sur des études portant sur des maladies chroniques diverses révélant un lien entre une maladie chronique sévère et un lieu de contrôle externe.

Les résultats obtenus dans la présente recherche suggèrent que la perception de contrôle de la personne atteinte de psoriasis n'est pas liée à la sévérité de sa maladie. Ces résultats vont dans le même sens que les travaux d'Arnetz et al. (1985) et d'Invernizzi et al. (1988) qui ne rapportent pas de lieu de contrôle particulier chez des personnes psoriasiques. Cette absence de résultats pourrait donc laisser croire que la perception de contrôle chez les personnes atteintes de psoriasis est différente de celles atteintes d'autres maladies chroniques.

Considérant le fait que le psoriasis est une maladie de peau chronique et récurrente, mais qu'elle peut faire l'objet de rémissions, il se peut que l'individu croit tantôt pouvoir améliorer l'état de sa maladie (lieu de contrôle interne), et tantôt n'avoir aucun contrôle sur celle-ci (lieu de contrôle externe). Ceci

empêche l'individu d'avoir une perception stable du contrôle possible sur la maladie.

Rappelons que l'échantillon de cette étude est composé exclusivement de participants qui consultent en clinique de dermatologie et qui recherchent un traitement pour leur psoriasis. L'échantillon n'inclut pas de participants, par exemple, qui ne recherchent pas de traitement ou qui se traitent par le biais de médecines douces, ou bien, à l'inverse, de participants sévèrement atteints ayant des crises de psoriasis nécessitant l'hospitalisation. À ce propos, d'après Wallston et Wallston (1981), l'environnement hospitalier en est un où peu de contrôle est possible pour le patient et il faut s'attendre à ce que le statut de *patient* puisse augmenter la perception de lieu de contrôle externe. Il serait donc intéressant lors d'une prochaine étude de questionner des personnes plus gravement atteintes afin de nous assurer d'un échantillon plus large et davantage représentatif de la population générale.

Une prochaine recherche menée auprès de personnes atteintes de psoriasis devrait tirer avantage de la forme C du MHLC (Wallston et al., 1994). Cette mesure a été proposée à la suite d'observations faites auprès de personnes atteintes de maladies chroniques chez lesquelles on a remarqué une

difficulté à répondre à certains items de l'échelle utilisée dans cette recherche soit la forme A/B. Ces individus lorsque confrontés par exemple à l'item 17 « Si j'agis de façon appropriée, je peux rester en bonne santé. », ne savaient pas s'ils devaient se référer à leur état de santé général ou à leur maladie chronique actuelle ou encore aux deux. La forme C du MHLC serait plus appropriée puisque cette mesure de lieu de contrôle s'adapte à toute condition médicale en ce sens où l'on peut substituer le terme « état » au terme « psoriasis ». De plus, trois items ont été ajoutés à la sous-échelle PHLC qui abordent la perception de contrôle vis-à-vis les médecins. Wallston et al. (1994) ont démontré la validité de construit et la fidélité de la forme C du MHLC.

Dans un deuxième temps, les résultats font ressortir que l'autocontrôle, une stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion, est reliée à un psoriasis sévère. Ces résultats vont dans le même sens que Taylor et Coen Buckwalter (1988) qui révèlent qu'en situation de menace importante à la santé, comme lors d'une maladie chronique, les personnes se tournent davantage vers les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion afin de faire face à la maladie.

Rappelons que le psoriasis a des conséquences émotives importantes pour la personne qui en est atteinte: honte de l'image corporelle, estime de soi

faible, sentiment de rejet, relations interpersonnelles et intimes difficiles, etc. De plus, malgré la diversité des traitements offerts pour traiter le psoriasis (onguents topiques, rayons ultraviolets, médicaments oraux) le psoriasis tend souvent à revenir. On peut donc penser qu'après plus de dix ans de maladie, comme c'est le cas pour la majorité des participants de l'échantillon (79,2%), la personne atteinte s'est résignée à ce statut de psoriasique et essaie de s'adapter le plus adéquatement possible par le biais de l'autocontrôle afin de régulariser la tension émotionnelle induite par la maladie chronique. La personne évite alors de se laisser envahir par ses sentiments, les garde pour elle et ne se confie pas même si elle est en difficulté.

Enfin, il ressort de ces résultats un lien entre l'autocontrôle et le lieu de contrôle interne. Ceci va dans le sens contraire de ce qui est relevé dans la littérature, c'est-à-dire qu'une personne ayant un lieu de contrôle interne s'engage plus vers des stratégies d'adaptation centrées sur le problème contrairement à une personne ayant un lieu de contrôle externe qui s'engage plus, quant à elle, vers des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.

Ces derniers résultats vont dans le même sens que ceux de Folkman (1984) et de Carver et al. (1989) qui ne rapportent aucune différence significative

quant au type de stratégies d'adaptation utilisées chez les internes et les externes. Les individus varient l'utilisation des stratégies d'adaptation en fonction de la situation dans laquelle ils sont impliqués.

D'après différents auteurs, la relation lieu de contrôle/stratégies d'adaptation est influencée par la perception subjective qu'a l'individu de la situation à l'effet qu'elle soit susceptible de changer, ou si au contraire elle doit être acceptée. Les personnes qui perçoivent la situation comme étant susceptible de changer utilisent davantage des stratégies actives comme la résolution de problèmes, tandis que celles qui perçoivent la situation comme en étant une qui doit être acceptée (ce qui est souvent le cas pour une maladie chronique) utilisent davantage des stratégies d'adaptation passives centrées sur l'émotion tel l'évitement ou la distanciation (Carver et al., 1989; Folkman et al., 1986; Folkman et Lazarus, 1988; Parkes, 1984). Il serait intéressant dans une prochaine étude de vérifier la perception des participants sur le fait que leur maladie soit incurable ou non car cette perception peut grandement influencer le lieu de contrôle aussi bien que les stratégies d'adaptation utilisées.

Comme le mentionne Jutras (1987), en ce qui concerne la perception de contrôle, une personne peut se situer à divers degrés sur chacune des trois

sous-échelles de lieu de contrôle, et ce, selon le contexte situationnel dans lequel elle se retrouve. De l'échantillon global, on remarque que seulement 13,3% des personnes sont sévèrement atteintes de psoriasis. Il se peut alors que les personnes atteintes plus ou moins sévèrement conservent une perception de contrôle interne dans plusieurs sphères de leur vie sauf en ce qui concerne cette maladie de peau tenace. Une personne ayant un psoriasis sévère et qui s'en trouve davantage affectée dans différentes sphères de sa vie (marché du travail, relations intimes, relations interpersonnelles, etc.), aurait une perception de contrôle plus externe. Wallston et Wallston (1982) tirent précisément parti du schème tridimensionnel du lieu de contrôle en combinant les degrés hauts et faibles sur chacune des sous-échelles. Il en ressort une typologie de huit patterns de contrôle perçu relatif à la santé. Il serait intéressant, dans une recherche ultérieure, de se référer à cette typologie afin de voir plus précisément où se situe la personne sur les trois sous-échelles.

Conclusion

L'objectif de cette recherche a été partiellement atteint. Nous l'avons vu, certains facteurs psychologiques associés au psoriasis peuvent affecter la sévérité et la fréquence du psoriasis. Le moteur initial de la présente recherche était d'identifier certains facteurs psychologiques pouvant être reliés à cette maladie de peau à laquelle aucune cause spécifique n'est rattachée. Nous avons vu qu'aucun lien n'a pu être établi entre la sévérité du psoriasis et le lieu de contrôle avec notre échantillon. En contre partie, les résultats révèlent une corrélation entre l'autocontrôle et la sévérité du psoriasis, ainsi qu'entre l'autocontrôle et le lieu de contrôle interne. Ces résultats, en plus d'offrir des données spécifiques au psoriasis et en dépit d'un nombre restreint de participants et un échantillon plus ou moins diversifié, constituent un pas de plus vers une meilleure compréhension de cette maladie qui pourra éventuellement aider les personnes atteintes à mieux s'adapter et à améliorer leur qualité de vie.

Références

Références

- Al'Abadie, M. S., Kent, G. G., & Gawkrödger, D. J. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 130, 199-203.
- Arnetz, B. B., Fjellner, B., Eneroth, P., & Kallner, A. (1985). Stress and psoriasis: Psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosomatic Medicine*, 47(6), 528-541.
- Arnetz, B. B., Fjellner, B., Eneroth, P., & Kallner, A. (1991). Endocrine and dermatological concomitants of mental stress. *Acta Dermato Venereologica (Stockh), Suppl. 156*, 9-12.
- Baughman, R., Sobel, R., & Hanover, D. (1971). Psoriasis, stress, and strain. *Archives of Dermatology*, 103, 599-605.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.
- Blanchard-Fields, F., & Irion, J. C. (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. *Psychology and Aging*, 3(2), 197-203.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Paris: Presses Universitaires de France.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Christophers, E., & Sterry, W. (1993). Psoriasis. In T. B. Fitzpatrick (Éd.), *Dermatology in general medicine* (4e éd.) (pp. 489-514). New York: McGraw-Hill.
- Duran, V., Jovanovic, M., Mistic-Pavkov, G., Poljacki, M., Novovic, Z., Miloscin, S., & Golub, R. (1993). The effect of stress and personality structure on the onset and severity of the clinical picture of psoriasis. *Medicinski Pregled*, 46(3-4), 120-123.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Engels, W. D. (1982). Dermatologic disorders: Psychosomatic illness review. *Psychosomatics*, 23(12), 1209-1219.
- Farber, E. M., Bright, R. D., & Nall, M. L. (1968). Psoriasis: A questionnaire survey of 2,144 patients. *Archives of Dermatology*, 98, 248-259.
- Farber, E. M., & Nall, L. (1993). Psoriasis: A stress-related disease. *Cutis*, 51, 322-326.
- Farber, E. M., Nickoloff, B. J., Recht, B., & Fraki, J. E. (1986). Stress, symmetry, and psoriasis: Possible role of neuropeptides. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 14, 305-311.
- Fava, G. A., Perini, G. I., Santonastaso, P., & Fornasa, C. V. (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 277-282.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Grossbart, T. A., & Sherman, C. (1992). *Skin deep: A mind/body program for healthy skin* (2e éd.). Santa Fe, New Mexico: Health Press.

Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1995). The Psoriasis Life Stress Inventory: A preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Dermato Venereologica (Stockh)*, 75, 240-243.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., Ellis, C. N., & Voorhees, J. J. (1990). Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Advances in Dermatology*, 5, 21-32.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F. (1987). Psoriasis and psychiatry: An update. *General Hospital Psychiatry*, 9, 157-166.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., Kirkby, S., Schork, N. J., Gorr, S. K., Ellis, C. N., & Voorhees, J. J. (1989). A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: A study of 127 patients. *General Hospital Psychiatry*, 11, 166-173.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J., & Ellis, C. N. (1994). Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, 56, 36-40.

- Harvima, I. T., Viinamäki, H., Naukkarinen, A., Paukkonen, K., Neittaanmäki, H., Harvima, R. J., & Horsmanheimo, M. (1993). Association of cutaneous mast cells and sensory nerves with psychic stress in psoriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *60*, 168-176.
- Invernizzi, G., Gala, C., Bovio, L., Conte, G., Manca, G., Polenghi, M., & Russo, R. (1988). Onset of psoriasis: The role of life events. *Medical Science Research*, *16*, 143-144.
- Jutras, S. (1987). L'IPAH, version canadienne-française de l'échelle de Levenson mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *19*(1), 74-85.
- Kerr, M. E. (1992). Physical illness and the family emotional system: Psoriasis as a model. *Behavioral Medicine*, *18*, 101-113.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. M. Lefcourt (Éd.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1), (pp. 15-63). New York: Academic Press.
- Marrs, R. (1991). Coping with psoriasis. *Professional Nurse*, *6*(11), 654-657.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(4), 919-928.
- Mishara, B. (1987). Traduction française du Ways of Coping Checklist. Manuscrit inédit, UQAM.
- Monday, J. (1988). Maladies psychosomatiques et troubles somatoformes. Dans P. Lalonde & F. Grunberg (Éds), *Psychiatrie clinique: Approche bio-psycho-sociale* (pp. 488-528). Boucherville: Gaëtan Morin.

- National Psoriasis Foundation (1998, septembre). Available internet: site <http://www.psoriasis.org/stat.html>.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655-668.
- Reynaert, C., Janne, P., Zdanowicz, N., Croonenberghs, A., & Roussaux, J.-P. (1995). Vécu de contrôle et processus de «pseudo-intériorité» chez le sujet alcoolique. *Annales Médico-Psychologiques*, 153(5), 305-313.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1, Whole No.609).
- Seville, R. H. (1977). Psoriasis and stress. *British Journal of Dermatology*, 97, 297-302.
- Shanon, J. (1979). Psoriasis: Psychosomatic aspects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 31, 218-222.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1192-1211.
- Taylor, D. E., & Coen Buckwalter, K. (1988). Coping with psoriasis and its psychosocial consequences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(1), 40-47.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 534-553.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1981). Health Locus of Control Scales. In H. M. Lefcourt (Éd.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1), (189-243). New York: Academic Press.

- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls (Éds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 65-95). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., & Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1008-1015.