

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ A
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR LINDA BARAN

DÉSIR DE CONTROLE ET PERTE DE POIDS

FÉVRIER 1993

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

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

Table des matières

Résumé.....	p.4
Contexte théorique.....	p.5
Méthodologie.....	p.18
Analyse des résultats.....	p.19
Conclusion.....	p.23

Résumé

Pauzé (1983) mentionne que deux types de personnes obèses consultent pour leur problème d'obésité. Il y a celles qui consultent d'elles-mêmes et celles qui sont référées par un intervenant de la santé. Les premières sont souvent plus motivées à perdre du poids que les secondes et leurs chances de succès s'en trouvent améliorées. Pourquoi les personnes référées ne réussissent-elles pas à perdre autant de poids que les personnes qui initient elles-mêmes cette démarche? Le concept de désir de contrôle de Burger (1992) peut aider à comprendre les mécanismes impliqués. Les gens diffèrent sur leur désir de contrôler leur vie: certains aiment contrôler tous les aspects de celle-ci, alors que d'autres préfèrent s'en remettre aux autres. Nous avons examiné dans un plan de recherche a posteriori les gens qui ont adhéré à une clinique de perte de poids (d'eux-mêmes ou en étant référés par leur médecin) en fonction de leur désir de contrôle. L'hypothèse à vérifier était que les gens référés perdraient autant de poids que les gens non-référés (donc auto-motivés) à condition d'avoir un désir de contrôle élevé. Les gens ayant un désir de contrôle élevé veulent se prendre en charge. Si l'institution ou l'environnement leur donne les moyens, conseils, support pour le faire, leur tâche sera facilitée et auront autant de succès que les gens auto-motivés. Les données recueillies auprès d'une centaine de cas confirment cette interaction significative entre désir de contrôle et référence ou non d'un intervenant.

Bon nombre de chercheurs en sciences sociales ont tenté de comprendre les raisons et les causes qui poussent un individu à agir. Plusieurs d'entre eux ont porté une attention particulière à la motivation de l'individu à contrôler ce qui lui arrive. Les recherches ont démontré que l'individu tient généralement à conserver une certaine liberté comportementale, ainsi qu'un sentiment de contrôle sur son environnement. Le désir de conserver le contrôle sur une situation donnée semble être à l'origine de plusieurs problématiques retrouvées dans le domaine des soins de la santé. En effet, face à l'obligation d'adhérer à un traitement médical, plusieurs patients refusent ouvertement de s'y soumettre, alors que certains autres sabotent le traitement, même après avoir accepté de suivre les recommandations. On retrouve souvent ce dernier comportement chez les individus qui ont un problème de poids et qui sont référés à une clinique spécialisée en obésité. Le fait d'être "obligé" de perdre du poids restreint la liberté de l'individu et menace son contrôle. Les spécialistes traitant l'obésité sont d'ailleurs souvent récalcitrants à traiter un patient qui est référé, car ils savent que la motivation de ce dernier peut être artificielle et qu'en bout de ligne, le traitement est voué à l'échec (Pauzé, 1983). L'individu qui voit son contrôle menacé, comme c'est le cas lorsqu'il est obligé de suivre une diète, peut faire des efforts pour le conserver. En trichant sa diète et en ne maigrissant peu ou pas du tout, il maintient le contrôle sur la situation (réactance psychologique; Brehm et Brehm,

1981). La présente étude s'intéresse au rôle que peut jouer le désir de contrôle d'un individu face à l'obligation d'entreprendre un traitement pour son problème de poids. La liberté de l'individu à s'engager dans le traitement (non-référent), versus l'obligation de s'y engager (référent), sera étudiée en fonction de son désir de contrôle.

Les recherches faites en clinique ont montré les conséquences importantes que pouvait avoir la perception de contrôle. Plusieurs études ont indiqué que l'individu possédant un sentiment de contrôle élevé est mieux adapté et ressent un bien-être plus grand que celui qui se perçoit comme ayant moins de contrôle. Entre autres, Dolce (1987) a observé que les patients traités pour des douleurs chroniques et qui croyaient pouvoir faire quelque chose pour améliorer leur état, avaient des douleurs beaucoup moins pénibles que ceux qui croyaient n'avoir peu ou pas de contrôle.

Silver et Wortman (1980) ont constaté, pour leur part, que les personnes souffrant de paralysie (paraplégie et quadriplégie) et qui pensaient pouvoir accroître leurs chances de guérison en augmentant leurs efforts personnels, faisaient mieux face à la situation et avaient un meilleur fonctionnement émotif que celles qui croyaient ne pouvoir rien faire pour améliorer leur état.

L'étude de Taylor, Lichtman et Wood (1984) sur l'ajustement des femmes face à un cancer du sein a révélé que le fait de croire que les professionnels de la santé pouvaient contrôler le cancer était bénéfique à l'adaptation des sujets (contrôle substitutif, Thompson,

1981; Helgeson, 1992). De plus, celles qui estimaient avoir un certain contrôle sur leur maladie (en changeant leur attitude face aux événements de la vie, en effectuant des changements à propos de leur diète ou en faisant des exercices, etc.), avaient une meilleure adaptation. Taylor et Brown (1988) considèrent à ce propos que l'adaptation psychologique des cancéreux face à leur maladie dépend en grande partie de leurs croyances illusoires au sujet du contrôle de soi et de l'avenir.

Les recherches ont, par ailleurs, démontré que les individus ayant à subir une chirurgie quelconque pouvaient bénéficier avantageusement de certaines formes de contrôle. Par exemple, Langer, Janis et Wolfer (1975) ont induit la perception de contrôle chez certains patients à l'aide de techniques cognitives (en attirant leur attention sur les avantages de la nouvelle situation suivant la chirurgie et en les faisant pratiquer l'attention sélective pour distraire de l'événement stressant). Les résultats laissent voir que ces patients ont demandé moins de calmants pour la douleur. De plus, ils étaient perçus comme moins anxieux par le personnel infirmier, comparativement aux sujets qui n'ont reçu qu'une information générale (information au niveau de la procédure et des effets post-opératoires).

Wells, Howard, Nowlin, et Vargas (1986) ont présenté, quant à eux, d'autres stratégies cognitives (auto-évaluation, relaxation, distraction et auto-gestion) à des patients devant subir une opération. Ceux-ci ont eu moins d'anxiété pré et post-opératoire, ont récupéré

mieux et sont demeurés moins longtemps à l'hôpital que ceux qui n'avaient pas utilisé de telles stratégies (voir aussi Wallace, 1984).

Johnson (1983) est arrivé aux mêmes résultats en donnant à ses sujets une information complète sur les effets post-opératoires. Le contrôle informatif (i.e. l'information au sujet de la procédure et de l'évolution des symptômes) a en effet permis aux patients de mieux récupérer et de sortir plus tôt de l'hôpital (voir aussi Johnson, Rice, Fuller, & Endress, 1978).

Plusieurs études ont indiqué que l'illusion de contrôle (avoir la croyance de contrôler une situation qui est objectivement incontrôlable) peut réduire l'impact d'une situation aversive (Corah et Boffa, 1970; Geer, Davison, et Gatchel, 1970; Pervin, 1963; Stotland et Blumenthal, 1964).

Sanderson, Rapee et Barlow (1989) ont constaté par exemple que l'illusion de contrôle peut réduire les symptômes manifestes chez des sujets qui ont des crises de panique et qui souffrent d'agoraphobie. Les sujets qui croyaient avoir la possibilité de réduire la concentration de dioxyde de carbone (gaz renommé pour engendrer expérimentalement les crises de panique) inhalé, en réglant un cadran qui était à leur portée, ont affirmé avoir significativement plus de contrôle sur les symptômes que le groupe qui n'était pas en situation de contrôle. En réalité, les cadrans n'avaient aucune influence sur la quantité de gaz envoyé. De plus, seulement 2 des 10 sujets en situation de contrôle, comparativement à 8 sujets sur les 10 en situation de non-contrôle ont

eu une attaque de panique (selon les critères spécifiques du DSM III). Malgré le nombre restreint de sujets, cette recherche tend à démontrer que l'illusion de contrôle peut avoir un effet très bénéfique sur l'individu.

Alors que les notions de contrôle objectif, le sentiment de contrôle et l'illusion de contrôle peuvent très bien contribuer à la santé mentale, à la santé physique et à l'efficacité personnelle, l'absence de contrôle a maintes fois été rapportée comme étant néfaste à l'individu.

Seligman (1975) considère par exemple que le fait d'apprendre qu'un événement est incontrôlable est précurseur d'effets physiques et émotionnels nuisibles. Il affirme qu'une perte de contrôle temporaire génère de l'anxiété chez l'individu alors qu'un sentiment de non-contrôle chronique est caractérisé par la passivité et l'abandon, c'est-à-dire par l'apparition de la résignation acquise. L'individu souffrant de résignation acquise voit sa motivation à tenter d'exercer un contrôle passablement réduite. Il en vient même à sous-estimer ses capacités et offre une performance ou un comportement déficitaire malgré le fait que des stratégies efficaces soient disponibles.

Les recherches sur la résignation acquise ont d'ailleurs plus d'une fois révélé que les échecs répétitifs aux tentatives de contrôle sur un stimulus aversif incontrôlable appauvrissent la performance, conduisent à un éventuel abandon et à des sentiments dépressifs (Garber et Seligman, 1980). Le désir de contrôle et l'incapacité de l'exercer (ou son équivalent perceptuel) résulte en un comportement

apathique où l'individu laisse tomber le contrôle et sombre ultérieurement dans la résignation acquise et la dépression.

Raps, Peterson, Jonas et Seligman (1982) ont observé que la durée d'un séjour en milieu hospitalier pouvait engendrer la résignation acquise. De fait, plus le séjour des sujets se prolongeait (1, 3, 9 semaines), plus la performance à une tâche cognitive était pauvre, plus la vulnérabilité des sujets à un bruit aversif augmentait, plus la performance à une nouvelle tâche d'apprentissage s'appauvissait et finalement plus les symptômes dépressifs augmentaient. Malgré la controverse que cette étude a suscitée (voir Baltes et Skinner, 1983), tout porte à croire que ces sujets souffraient effectivement de résignation acquise.

On peut facilement comprendre que si un séjour prolongé en milieu hospitalier peut engendrer la résignation acquise, les personnes souffrant de douleurs chroniques sont plus susceptibles d'en souffrir elles aussi. Rosentiel et Keefe (1983) ont trouvé que les patients atteints de douleurs lombaires chroniques qui ne croyaient pas à l'efficacité des stratégies de "coping" proposées avaient des signes de dépression et d'anxiété. Ces patients semblent souffrir d'être dans l'impossibilité d'un contrôle total et d'une complète guérison. Leurs échecs répétitifs à contrôler la douleur, soit par action personnelle ou par traitement médical, seraient à l'origine de leur résignation. Ainsi, au lieu d'accepter la douleur et d'essayer de la contrôler à l'aide de

stratégies spécifiques, ils deviennent résignés et pensent que personne ne peut rien changer à la situation (voir aussi Schmidt, 1985).

L'apparition des symptômes dépressifs est, comme mentionné plus haut, reliée au manque de contrôle que perçoit l'individu face à son environnement.

Plus récemment, Marshall et Lang (1990) ont constaté que les sujets qui croyaient avoir entre leurs mains le pouvoir d'atteindre un résultat désiré (perception de contrôle interne) avaient moins de symptômes dépressifs que les sujets qui ne se croyaient pas directement responsables à l'obtention d'un résultat favorable. Dans leur étude, l'absence de symptômes dépressifs fut hautement reliée à l'attribution interne. La santé mentale et le bien-être de l'individu s'expliquent mieux, selon eux, par la perception de contrôle que possède un individu.

La perte ou le manque de contrôle peut aussi avoir de graves répercussions sur la santé physique. Karasek (1989) a identifié, par exemple, que les maladies cardiovasculaires pouvaient être le résultat de l'interaction entre les exigences d'un emploi et la non possibilité de contrôle pour l'individu (voir aussi Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom et Theorell, 1981; Theorell, Hamsten, deFaire, Orth-Gomer, et Perski, 1987). Il affirme que ce phénomène apparaît lorsque le ratio des exigences de l'emploi (ex: trop de tâches en trop peu de temps) n'est pas en équilibre avec les possibilités de contrôle (ex: prendre des décisions). Les chauffeurs d'autobus qui ont beaucoup de

responsabilités et peu de contrôle en sont un exemple. Ils doivent entre autres se plier à un horaire de travail très strict qui ne tient pas compte des imprévus possibles ou des conditions routières parfois difficiles. Ragland, Winkleby, Schwalbe, Holman, Morse, Syme et Fisher (1987), ainsi que Winkleby, Ragland, Fisher et Syme (1988) ont trouvé qu'ils souffraient plus d'hypertension, de maladies respiratoires et de gastro-entérite que la moyenne des gens du même âge.

Les différentes recherches passées en revue jusqu'ici démontrent clairement que l'individu possédant un sentiment de contrôle élevé s'ajuste mieux et récupère plus facilement lorsque des problèmes de santé apparaissent. Il apparaît de plus qu'il n'est pas nécessaire que le contrôle soit réel pour être bénéfique. Enfin, l'absence de contrôle peut contribuer au développement de diverses maladies somatiques, ainsi qu'à des symptômes dépressifs pouvant se changer en résignation acquise si elle persiste trop longtemps.

Ces différentes études confirment donc l'importance du contrôle pour l'être humain. La tendance naturelle de l'individu à rechercher des situations qui lui offrent la possibilité d'exercer un contrôle a été d'ailleurs maintes fois décrites par une pléiade d'auteurs ayant des points de vue théoriques différents (White, 1959; DeCharms, 1968; Heider, 1958; Kelley, 1971; Deci et Ryan, 1985). Les concepts des différents auteurs se rejoignent pour mettre en évidence qu'il existe chez l'individu une propension à exercer un contrôle effectif sur son environnement. Lorsque le contrôle effectif est éliminé ou menacé de

l'être, l'individu fait généralement des efforts pour le conserver (Chanowitz et Langer, 1980; Wortman et Brehm, 1975).

La théorie de la réactance psychologique (Brehm et Brehm, 1981; Brehm, 1966; Wicklund, 1974) avance que l'élimination de la liberté d'un individu ou sa menace d'élimination engendre chez lui un état motivationnel qui le pousse à se réapproprier le contrôle. Cependant, dans une même situation, chaque individu répond à sa manière aux menaces de contrôle de son environnement. Wortman et Brehm (1975) affirment que la réaction de l'individu face à une menace ou à une perte de contrôle dépend de l'importance accordée à ce contrôle. Ils suggèrent que si l'importance accordée au comportement menacé est grande, si la liberté de l'individu est menacée et que ce dernier croit y avoir droit, il ressentira de l'anxiété et tentera par divers moyens de se réapproprier son pouvoir et d'exercer du contrôle à nouveau.

L'individu peut par exemple adopter le comportement opposé à celui qu'on essaie de lui imposer (Sensenig et Brehm, 1968; Snyder et Wicklund, 1976; Carver, 1977), ne pas choisir l'item qu'on le presse de choisir, le ou les autres items devenant par le fait même plus attrayants à ses yeux (Brehm, 1966), ou encore il peut exprimer de l'hostilité envers l'agent qui menace de censurer ses actions (Worchel, 1974; Wicklund, 1974). Cet état de réactance a fait l'objet de nombreuses recherches ces dernières années. Il a servi à mieux comprendre l'apparition des comportements aversifs chez les individus.

Le comportement des patients hospitalisés en est un exemple. Johnson, Rice, Fuller et Endress (1978) affirment que l'impossibilité d'obtenir de l'information et de poser des questions dans l'environnement hospitalier peut engendrer des réponses aversives de la part du patient. Ils ont trouvé qu'en donnant un contrôle informatif (sur les procédures médicales et l'évolution des symptômes), l'humeur négative la plus touchée par ces interventions était l'irritabilité. Il semble donc que les patients ont pu restaurer une liberté qui était perdue puisque la réaction aversive a disparu.

D'autres études ont démontré que les comportements du "mauvais patient", c'est-à-dire celui qui se plaint, qui critique et qui demande beaucoup d'attention malgré le fait qu'il ne soit pas sérieusement malade (Lorber, 1975), et du "bon patient", c'est-à-dire celui qui suit les règles attentivement, qui est docile, passif et très peu demandant (Taylor, 1979), découlent d'une perte de contrôle. Lorsque l'individu est hospitalisé, il n'a aucune information sur la mise en place, l'arrivée et la sévérité des stimuli aversifs, c'est-à-dire les symptômes et les traitements médicaux divers. Taylor (1979) dit que le "mauvais patient" est en état de réactance et que le "bon patient" souffre de résignation acquise. La perte de liberté et la dépersonnalisation de l'individu (jaquette blanche, numéro attribué à chacun, etc.), remplissent, selon elle, les conditions nécessaires à l'apparition possible des deux phénomènes.

Parmi les individus qui sont les plus susceptibles de ressentir de la réactance nous retrouvons ceux qui ont un désir de contrôle élevé (mesuré par l'échelle "le désir de contrôle" de Burger et Cooper, 1979).

L'individu ayant un désir de contrôle élevé est décrit comme étant quelqu'un qui veut se prendre en charge et aime pouvoir prendre une part active dans la résolution de ses problèmes (Burger, McWard, et LaTorre, 1989). Il aime, par ailleurs, assumer des rôles de leadership dans des groupes (Burger et Cooper, 1979) et démontre une grande motivation pour la réussite (Burger, 1985; Burger, 1992).

L'individu qui a un désir de contrôle élevé fait aussi tout en son pouvoir pour éviter une perte de contrôle. Lorsqu'on a donné une tâche plus difficile que prévue (des problèmes qui s'avéraient être impossibles à résoudre), ils ont en effet fourni plus d'efforts et ont persisté plus longtemps que ceux ayant un désir de contrôle faible (Burger, 1985). Malgré le fait que le désir de contrôle est généralement bénéfique, il peut également conduire à plus de dépression lorsque surviennent des situations aversives.

L'impact d'une perte de contrôle, semble en effet, plus prononcé chez les individus ayant un désir de contrôle élevé. Burger et Arkin (1980) ont observé qu'ils faisaient plus d'erreurs de mémorisation en la présence de bruits aversifs, comparativement aux sujets ayant un faible désir de contrôle. Ils ont démontré, de plus, des niveaux de dépressions plus élevés. Il semble que les contraintes de

l'expérimentation n'aient pas rencontré leur désir de contrôle et qu'ils aient trouvé ce fait démoralisant.

Burger et Vartabedian (1980) affirment que l'individu ayant un désir de contrôle élevé est plus "réactant" que celui qui a un désir de contrôle faible car il se laisse moins influencer par un discours persuasif visant à changer son attitude, surtout si au départ il n'est pas du même avis. Il préfère donc prendre ses propres décisions et résiste aux pressions visant à faire changer son jugement personnel (Burger, 1987). L'individu ayant un désir de contrôle faible adopte, de son côté, les arguments allant dans le même sens que lui, aussi bien que les arguments qui entrent en conflit avec sa position initiale.

Ces différentes études appuient donc l'hypothèse de Brehm et Brehm (1981), selon laquelle, sous certaines conditions, les individus réagissent et sont motivés à regagner un sentiment de contrôle. Ce type de réaction aidera à expliquer également pourquoi des individus agissent contre ce qui apparaît être dans leur propre intérêt.

Dans le domaine des soins de la santé, beaucoup de patients arrêtent en effet un traitement prescrit, ou encore sabotent le traitement (prennent moins de pilules, ne font pas les exercices recommandés, trichent une diète, etc.) qu'on leur impose, même si c'est à leur avantage de suivre les recommandations qui leur sont faites (Rhodewalt et Strube, 1985; Rhodewalt et Marcroff, 1988).

Des patients hospitalisés pour des ulcères d'estomac ont, par exemple, pris moins de la moitié de la médication liquide prescrite

(Roth et Berger, 1960) et ont dévié fréquemment de la diète spécialement conçue pour eux lorsqu'ils se rendaient à la cafétéria de l'hôpital (Caron et Roth, 1971).

Kiesler (1971) affirme que l'adhérence à un traitement difficile comme arrêter de fumer ou suivre une diète peut dépendre en majeure partie de la liberté de l'individu à s'engager dans un tel programme et de la clarté de l'engagement (ex: un contrat écrit stipulant la responsabilité personnelle de l'individu quant au succès du traitement). Ces recherches démontrent donc que la qualité d'engagement des individus dans un traitement quelconque peut être affectée par le phénomène de la réactance. Brehm (1976) affirme qu'un moyen simple et efficace pour éviter l'apparition de ce phénomène est de donner à l'individu la possibilité d'acquérir un certain contrôle sur la situation.

La présente étude s'inscrit dans cette ligne de pensée. Les gens qui désirent perdre du poids sont parfois "obligés" par leur médecin de le faire. Ils sont alors référés à une clinique particulière pour entreprendre leur régime amaigrissant. Bien souvent une telle façon de faire s'avère inefficace comparativement à d'autres personnes qui entreprennent d'elles-mêmes un tel régime (Pauzé, 1983). Toutefois, si l'environnement donne des moyens et du support à l'individu pour effectuer une tâche, il est probable que cela en facilitera l'accomplissement même si l'individu y est "obligé". Cela est d'autant plus plausible chez l'individu ayant un désir de contrôle élevé car il veut se prendre en charge (Burger et Cooper, 1979), et il persévère dans

l'atteinte de ses objectifs (Snyder, 1989). De plus, Burger (1992) soutient qu'il peut faire des efforts plus soutenus lorsqu'il s'agit de sa santé car il aime contrôler tous les aspects de sa vie.

Il est donc prédit que les gens référés par un intervenant de la santé perdront autant de poids que les gens non-référés à condition d'avoir un désir de contrôle élevé.

Méthodologie

Sujets

L'étude a été réalisée auprès de 93 sujets (80 femmes et 13 hommes) âgés entre 13 et 71 ans. Ces individus participaient à un programme diététique. L'échantillon a été divisé en deux groupes, selon que les sujets décidaient seuls d'entreprendre la diète (n=64), ou selon que les sujets étaient référés par un intervenant de la santé (n=29).

Mesures utilisées

Deux instruments furent utilisés dans cette recherche. Le premier questionnaire recueille certaines informations démographiques permettant entre autres, de classer les sujets en deux groupes, selon qu'ils ont été référés ou non.

Le deuxième questionnaire, Désir de Contrôle (Burger et Cooper, 1979) est constitué de 20 énoncés et mesure le désir de contrôle général de l'individu. Le sujet doit indiquer sur un échelle de 1 à 7 jusqu'à quel point il est d'accord avec chaque énoncé. A l'instar de la version originale américaine, la version française de l'échelle de désir

de contrôle présente un niveau de cohérence interne satisfaisant (alpha de Cronbach de .70).

Même si la plupart du temps, un score global de désir de contrôle est utilisé, au moins trois facteurs se retrouvent dans cette échelle (Burger et Cooper, 1979; Kluger, 1988). Un facteur mesure le désir de contrôle dans les relations interpersonnelles (e.g. "J'aime être capable d'influencer les actions des autres."), un autre évalue le contrôle situationnel (e.g. "Je préfère une occupation où j'ai beaucoup de contrôle sur ce que je fais et sur quand je le fais."), et finalement une autre dimension évalue le désir de contrôle général (e.g. "J'aime avoir le contrôle sur ma destinée."). Comme c'est le facteur qui mesure le désir de contrôle interpersonnel qui est le plus près de la réactance, c'est celui-ci qui a été retenu dans cette étude.

Déroulement

Une enveloppe préaffranchie, contenant les deux questionnaires, a été remise directement aux participants par le biais des médecins traitant l'obésité. Les sujets indiquaient sur le questionnaire d'informations générales s'ils étaient référés ou non. Au total 93 sujets ont complété les questionnaires. Le nombre de livres perdues fut vérifiées auprès de la clinique après environ 12 semaines de diète.

Résultats

Etant donné que le nombre de livres perdues dans une diète peut être influencé par la quantité de livres à perdre (les personnes très

obèses pouvant perdre plus de livres), un indice reflétant l'objectif initial du sujet a été construit de la façon suivante: [(livres perdues/livres à perdre) * 100]. Une personne pouvait donc réaliser entre 100% de son objectif (perdre toutes les livres qu'elle devait perdre selon son médecin) et 0% (ne rien perdre du tout). Cet indice relativise donc le succès de la diète et permet la comparaison d'un sujet à un autre.

Une régression multiple de type hiérarchique a été effectuée sur la réalisation de l'objectif initial (le pourcentage de livres perdues). Les variables suivantes ont été entrées dans l'équation de régression: le sexe des sujets, leur âge, le nombre de semaines de traitement, le nombre de fois que les sujets avaient déjà suivi un tel régime, le désir de contrôle (interpersonnel), le fait d'être référé ou non et finalement l'interaction entre désir de contrôle et le fait d'être référé. L'hypothèse de recherche prédisant une interaction entre le fait d'être référé ou non et le désir de contrôle, le pourcentage de variance expliquée lorsque l'interaction "Désir de contrôle x Référence" est insérée dans l'équation de régression a été calculé. On observe une augmentation significative de la variance expliquée par l'interaction, $R^2 = .06$, $F(1, 66) = 4.54$, $p < .05$, une fois que toutes les autres variables sont dans l'équation. Le modèle au complet explique 23% de la variance, $F(7, 66) = 2.84$, $p < .01$. Les coefficients de régression illustrant la contribution unique des variables précédentes sont illustrés au tableau 1.

Insérez le tableau 1 ici

L'examen du tableau 1 révèle qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant à la perte de poids. Tous deux ont atteint leur objectif de façon identique. On remarque également que le fait d'avoir tenté un régime auparavant ne prédit pas la perte de poids. Cependant l'âge s'avère un facteur important. La direction du coefficient de régression révèle que plus les répondants sont âgés, plus ils ont éprouvé de la difficulté à atteindre leur objectif. Le tableau 1 révèle également que plus le nombre de semaines du traitement avançait, plus les répondants atteignaient leur objectif (même si tous les répondants avaient été questionnés après environ 12 semaines, il y avait tout de même une certaine variance à contrôler). L'effet principal du désir de contrôle ne s'avère pas significatif. Par contre on note un effet principal du facteur référence. La direction du coefficient de régression (étant donné le codage utilisé) révèle que dans l'ensemble, les répondants non-référés ont perdu significativement plus de poids

(ou ont plus facilement atteint leur objectif) que les répondants référés. Finalement, le coefficient de régression de l'interaction fait voir la contribution significative de ce facteur, comme démontré précédemment.

Une autre façon d'examiner les données consiste à réduire la variable désir de contrôle à deux catégories (autour de la médiane) et à analyser les résultats sous forme d'un schéma factoriel de type 2 (référé ou non) X 2 (désir de contrôle faible ou élevé), tout en contrôlant les mêmes facteurs mentionnés précédemment. Le tableau 2 illustre les moyennes issues de cette analyse.

Insérez le tableau 2 ici

Tel qu'indiqué précédemment, l'interaction entre le fait d'être référé ou non et le désir de contrôle s'est avérée significative, $F(1, 66) = 7.65$, $p < .01$, même en contrôlant pour l'âge, le sexe des sujets, la durée de la diète. L'examen des moyennes du tableau 2 révèle que les sujets qui ont un faible désir de contrôle et qui sont référés à une diète par leur médecin ne réalisent que faiblement leurs objectifs (37% vs. 84%). Mais ceux qui ont un désir de contrôle élevé doublent presque

l'objectif des premiers (67% vs.37%) et deviennent même supérieurs à ceux qui sont non-référés. Ce sont ceux qui sont non-référés et qui ont un désir de contrôle faible qui ont le plus atteint leur objectif (84%).

Conclusion

L'hypothèse avancée par la présente recherche était que les gens référés perdraient autant de poids que les gens non-référés à condition d'avoir un désir de contrôle élevé. Les analyses présentées supportent cette hypothèse. L'individu référé ayant un haut désir de contrôle a donc adhéré au traitement de façon plus efficace que les sujets référés ayant un faible désir de contrôle.

Comme Pauzé (1983) le suggère, le fait d'être référé cause certaines difficultés pour l'efficacité du traitement. On a pu observer que, de façon générale, les sujets référés ont moins bien atteint leurs objectifs que les sujets non-référés. Cependant lorsque les répondants ont un désir de contrôle élevé et que le traitement leur permet de se prendre en mains, les chances de succès s'en trouvent augmentées.

Ces résultats vont dans le sens de Brehm (1976) et Rodin (1978) qui soutiennent, que si l'individu se voit comme jouant un rôle important dans le changement de comportement, il sera porté à adhérer plus longtemps au traitement qu'on lui impose. D'autres ont aussi remarqué une plus grande conformité au traitement médical lorsqu'on rendait le patient actif dans son traitement (Cromwell, Butterfield, Broyfield, & Curry, 1977).

Kristeller et Rodin (1989) sont également d'avis qu'il est nécessaire que les individus perçoivent un certain contrôle dans les différentes étapes que peut présenter un traitement médical. Selon eux la conformité (i.e. suivre les instructions du médecin), l'adhérence (i.e. continuer de suivre les recommandations faites) et le maintien (i.e. conserver l'hygiène de vie acquise malgré le fait de ne plus être supervisé), dépendent des sentiments de contrôle que le patient perçoit.

Plusieurs études ont indiqué que les sentiments de contrôle élevés peuvent jouer un rôle important pour faciliter l'adhérence (Collins et Hoyt, 1972; Klemp et Rodin, 1976; Lazarus, 1966; Seligman, 1975; Schorr et Rodin, 1982). Les avis médicaux, ainsi que les changements à apporter au style de vie des individus, sont suivis plus rigoureusement et maintenus plus longtemps chez ceux qui ont un sentiment de contrôle élevé (Strickland, 1978; Wallston, Wallston, Smith et Dabbins, 1987).

Si son environnement (dans ce cas-ci le médecin traitant) encourage l'individu dans ce sens, c'est-à-dire qu'il lui donne les moyens et conseils pour qu'il se prenne en mains et qu'il perçoive un certain contrôle, l'individu référé risque de devenir aussi motivé que celui qui a décidé seul d'entreprendre son traitement.

Pour les sujets qui initient eux-mêmes un traitement, il est intéressant de constater que le désir de contrôle semble avoir une influence inverse. En effet, ce sont ceux qui ont un faible désir de

contrôle, parmi les non-référés, qui ont le plus atteint leur objectif comparativement à ceux qui ont un désir de contrôle élevé. L'individu ayant un faible désir de contrôle a tendance à se laisser "mener" par les autres et à adopter leur point de vue. Le suivi du médecin (visites hebdomadaires), ainsi que le fait d'avoir entrepris lui-même le traitement peuvent donc être des sources de motivations importantes pour lui. Par contre, la motivation du sujet ayant un désir de contrôle élevé ne semble pas dépendre des mêmes conditions. Puisqu'il a décidé seul de s'engager dans le traitement, son contrôle n'est pas menacé. Il n'a donc pas dans sa relation avec le médecin, de véritables emprises sur lesquelles exercer un contrôle. Il devient par le fait même moins motivé à perdre du poids. Toutefois, étant donné la nature corrélationnelle de tels résultats, il faut user de prudence dans leur interprétation. Certaines variables ont pu influencer les résultats obtenus. Par exemple, il aurait été intéressant de connaître les raisons pour lesquelles les individus ont entrepris leur diète. Même si la variable référé/non-référé a été contrôlée, les véritables raisons qu'ont eu les sujets d'entreprendre le traitement ne sont pas connues. L'urgence de perdre du poids pour la santé de l'individu a peut-être été un facteur motivationnel important. Ceci pourrait expliquer le fait que parmi les non-référés, les sujets ayant un désir de contrôle élevé ont moins bien atteint leur objectif, comparativement à ceux qui ont un faible désir de contrôle. Il se peut qu'ils aient entrepris la diète pour faire plaisir à leur entourage, et "réagiraient" contre les pressions de

ce dernier, en ne perdant pas de poids. Par contre, dans l'éventualité où leur santé est en danger, ils risquent de fournir beaucoup plus d'efforts car ils veulent généralement garder le contrôle sur tous les aspects de leur vie. Il se peut que ce soit eux que l'on retrouve dans le groupe de sujets référés.

La relation du médecin avec les sujets est une deuxième variable qui n'a pas été suffisamment contrôlée. Les encouragements que le médecin donnait n'étaient pas forcément les mêmes pour tous les sujets. De par l'absence de consignes spécifiques, ces derniers pouvaient se sentir plus ou moins "responsables" du succès de leur traitement. La perception de contrôle pouvait donc être différente pour chacun d'entre eux.

Malgré les limites de la présente étude, elle tend à démontrer que pour augmenter les chances de succès d'un traitement quelconque, il est important de tenir compte du désir de contrôle de l'individu, ainsi que de sa motivation première à entreprendre ce même traitement. Il serait donc intéressant de pousser plus loin ce genre d'expérimentation, en contrôlant les variables mentionnées plus haut. On aurait à ce moment une meilleure idée de la relation entre celles qui sont examinées ici.

Tableau 1
Coefficients de régression des différentes variables

Variables	Beta	t	p	chgt du R ²
Sexe des répondants	.17	1.52	ns	ns
N. de régime tentés avant	.15	1.30	ns	ns
Age des répondants	-.28	2.32	.02	ns
N. de semaines du trait.	.28	2.47	.01	.1707
Désir de contrôle	.03	<1	ns	.1711
Référés (oui ou non)	.98	2.26	.02	.1784
Désir X Référés	-.96	2.13	.03	.2313
(Constante)	(-9.09)			

Tableau 2

Pourcentage atteint de l'objectif initial de perte de poids
(ajusté pour les covariables)

	Référés	Non-Référés
Désir de Contrôle		
Faible	37.05 (n=14)	84.26 (n=22)
Elevé	66.84 (n=11)	45.40 (n=27)

Remerciements

L'auteure exprime sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Michel Alain, Ph. D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à qui elle est redevable d'une assistance éclairée et constante.

L'auteure adresse également des remerciements particuliers à monsieur Michel Dubé, M. D., pour sa précieuse collaboration lors de la cueillette des données ainsi qu'à ses collègues messieurs Gilles Belzile, M. D., et Emile Bergeron, M. D.

Références

- Baltes, M. M., & Skinner, E. A. (1983). Cognitive performance deficits and hospitalization: Learned helplessness, instrumental passivity, or what? Comment on Raps, Peterson, Jonas, and Seligman. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 1013-1016.
- Brehm J. W. (1966). Response to loss of freedom: A theory of psychological reactance. New York: Academic Press.
- Brehm, S. (1976). The application of social psychology to clinical practice. New York: Halsted press (Wiley).
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). Psychological reactance: A theory of freedom and control. New York: Academic Press.
- Burger, J. M. (1985). Desire for control and achievement-related behaviors. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 1520-1533.
- Burger, J. M. (1987). Desire for control and conformity to a perceived norm. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 355-360.
- Burger, J. M. (1992). Desire for control and academic performance. Canadian Journal of Behavioural Science, 24, 147-155.
- Burger, J. M. (1992). Desire for control: Personality, social and clinical perspectives. New York: Plenum.

- Burger, J. M., & Arkin, R. M. (1980). Prediction, control, and learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 482-491.
- Burger, J. M., & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. Motivation and Emotion, 3, 381-393.
- Burger, J. M., & Vartabedian, R. A. (1980). Desire for control and reaction to proattitudinal and counterattitudinal arguments. Motivation and Emotion, 4, 239-246.
- Burger, J. M., Macward, J., & Latorre, D. (1989). Boundaries of self-control: Relinquishing control over aversive events. Journal of Social and Clinical Psychology, 8, 209-221.
- Caron, H., & Roth, H. (1971). Objective assessment of cooperation with an ulcer diet: Relation to antacid intake and to assigned physician. American Journal of Medical Science, 261, 61-66.
- Carver, C. S. (1977). Self-awareness, perception of threat, and the expression of reactance through attitude change. Journal of Personality, 45, 501-512.
- Chanowitz, B., & Langer, E. (1980). Knowing more (or less) than you can show: Understanding control through the mindlessness-mindfulness distinction. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds), Human helplessness: Theory and applications (pp. 97-129). New York: Academic Press.

- Collins, B. E., & Hoyt, M. F. (1972). Personal responsibility for the consequences: An integration and extension of the forced compliance literature. Journal of Experimental Social Psychology, 8, 558-593.
- Corah, N. L., & Boffa, J. (1970). Perceived control, self-observation, and response to aversive stimulation. Journal of Personality and Social Psychology, 16, 1-4.
- Cromwell, R. L., Butterfield, E. C., Broyfield, F. M., & Curry, J. J. (1977). Acute myocardial infarction: Reaction and recovery. St Louis, MO: Mosby.
- DeCharms, R. (1968). Personal causation: The internal affective determinants of behavior. New York: Academic Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.
- Dolce, J. J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. Behaviour Research and Therapy, 25, 289-299.
- Garber, J., & Seligman, M. P. E. (1980). Human Helplessness: Theory and applications. New York: Academic Press.
- Geer, J., Davison, G., & Gatchel, R. (1970). Reduction of stress in human through non-veredical perceived control of aversive stimulation. Journal of Personality and Social Psychology, 16, 731-738.
- Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.

- Helgeson, J. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 656-666.
- Johnson, J. E. (1983). Psychological interventions and coping with surgery. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), Handbook of Psychology and Health (vol.4). Hillsdale, N. J: Erlbaum.
- Johnson, J. E., Rice, V. H., Fuller, S. S., & Endress, M. P. (1978). Sensory information, instruction in a coping strategy, and recovery from surgery. Research in Nursing and Health, 1, 4-17.
- Karasek, R. (1989). Control in the workplace and its health related impacts. In S. L. Sauter, J. J. Hurrell, & C. L. Cooper (Eds), Job Control and Worker Health. Wiley: New York.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health, 71, 694-705.
- Kelley, H. H. (1971). Attribution in social interaction. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
- Kiesler, C. A. (1971). The psychology of commitment: Experiments linking behavior to belief. New York: Academic Press.
- Klemp, G. O., & Rodin, J. (1976). Effects of uncertainty, delay, and focus of attention on reactions to an aversive situation. Journal of Experimental Social Psychology, 12, 416-421.

- Kluger, A. (1988). In Desire for control: Personality, social and clinical perspectives. New York: Plenum.
- Kristeller, J. L., & Rodin, J. (1989). A three-stage model of treatment continuity: Compliance, adherence, and maintenance. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), Handbook of Psychology and Health (vol.4). pp. 85-112.
- Langer, E. J., Janis, I. L., & Wolfer, J. (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. Journal of Experimental Social Psychology, 11, 155-165.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
- Lorber, J. (1975). Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. Journal of Health and Social Behavior, 16, 213-225.
- Marshall, G. N., & Lang, E. L. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. Journal of Personality and Social Psychology, 59,132-139.
- Pauzé, R. (1983). Obésité et environnement. Montréal: Editions Agence d'Arc.
- Pervin, L. A. (1963). The need to predict and control under conditions of threat. Journal of Personality, 31, 570-587.
- Ragland, D. R., Winkleby, M. A., Schwalbe, J., Holman, B. L., Morse, L., Syme, S. L., & Fisher, J. M. (1987). Prevalence of hypertension in bus drivers. International Journal of Epidemiology, 16, 208-213.

- Raps, C. S., Peterson, C., Jonas, M., & Seligman, M. E. P. (1982). Patient behavior in Hospital: Helplessness, reactance, or both? Journal of Personality and Social Psychology, 42, 1036-1041.
- Rhodewalt, F., & Marcroff, M. (1988). Type A behavior and diabetic control: Implications of psychological reactance for health outcomes. Journal of Applied Social Psychology, 18, 139-159.
- Rhodewalt, F., & Strube, M. (1985). A self-attribution reactance model of recovery from injury in Type A individuals. Journal of Applied Social Psychology, 15, 330-344.
- Rodin, J. (1978). Cognitive behavioral strategies for the control of obesity. Paper presented at Conference on cognitive behavior therapy: Applications and issues. Los Angeles, september.
- Rosentiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain, 7, 33-44.
- Roth, H., & Berger, D. (1960). Studies on patient cooperation in ulcer treatment: Observation of actual as compared to prescribed antacid intake on a hospital ward. Gastroenterology, 38, 630-633.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon-dioxide enriched air. Archives of General Psychiatry, 46, 157-162.

- Schmidt, A. J. M. (1985). Performance level of chronic low back pain patients in different treadmill test conditions. Journal of Psychosomatic Research, 29, 639-645.
- Schorr, D., & Rodin, J. (1982). The role of perceived control in practitioner-patient relationships. In Wills, Jr (Ed.), Basic processes in helping relationships, New York: Academic Press.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman.
- Sensenig, J., & Brehm, J. W. (1968). Attitude change from implied threat to attitudinal freedom. Journal of Personality and Social Psychology, 8, 324-330.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), Human helplessness: Theory and applications, New York: Academic Press.
- Snyder, C. R. (1989). Reality negotiation: From excuses to hope and beyond. Journal of Social and Clinical Psychology, 8, 130-137.
- Snyder, M. L., & Wicklund, R. A. (1976). Prior exercise of freedom and reactance. Journal of Experimental Social Psychology, 12, 120-130.
- Stotland, E., & Blumenthal, A. (1964). The reduction of anxiety as a result of the expectation of making choice. Canadian Journal of Psychology, 18, 139-145.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1192-1211.

- Taylor, S. (1979). Hospital patient behavior: Reaction, helplessness, or control. Journal of Social Issues, 35, 156-184.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 103, 193-210.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 489-502.
- Theorell, T., Hamsten, A., deFaire, U., Orth-Gomer, K., & Perski, A. (1987). Psychosocial work conditions before myocardial infarction in young men. International Journal of Cardiology, 15, 33-46.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. Psychological Bulletin, 90, 89-101.
- Wallace, L. M. (1984). Psychological preparation as a method of reducing stress of surgery. Journal of Human Stress, 10, 62-79.
- Wallston K. A., Wallston B. S., Smith, M. S., & Dabbins, C. J. (1987). Perceived control and health. Current psychological Research and Review, 6, 5-25.
- Wells, J. K., Howard, G. S., Nowlin, W. F., & Vargas, M. J. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 831-835.
- White, R. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. Psychological Review, 66, 297-333.

- Wicklund, R. (1974). Freedom and reactance. Potomac, Maryland: Lawrence Erlbaum Associates.
- Winkleby, M. A., Ragland, D. R., Fisher, J. M., & Syme, S. L. (1988). Excess risk of sickness and disease in bus drivers: A review and syntheses of epidemiologic studies. International Journal of Epidemiology, 17, 255-262.
- Worchel, S. (1974). The effect of three types of arbitrary thwarting on the instigation to aggression. Journal of Personality, 42, 300-318.
- Wortman, C., & Brehm J. (1975). Response to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental and Social Psychology (vol.8), pp. 277-336. New York: Academic Press.