

**Le locus de contrôle et la santé
The locus of control and health**

Oum Elkhiout Imane^{1,*} Lesгаа Hasnia²

Jouri.layen1990@gmail.com lesгааhasnia@gmail.com

^{1,2} university of Oran 2 (Algeria)

Receipt date: 30/01/2020; Acceptance date: 08/10/2020; Publishing Date: 31/08/2020

Abstract. The locus of control is a relatively recent concept, and it emerged as an important variable of personality from the social learning theory formulated by Julian Rotter in the sixties of the twentieth century, this concept indicates the degree to which the individual attributes his personal responsibility for what is happening to him in return for returning this to forces outside his control, the interest in studying the locus of control has increased by researchers due to its importance in predicting the motivations and performance of the individual, in the field of health, research and studies conducted in this context have concluded that an individual's health is affected by his beliefs about the source of his health.

Keywords: locus of control, Health.

Résumé. Le locus de contrôle est un concept relativement récent, Il est apparu comme une variable de personnalité importante de la théorie de l'apprentissage social formulée par Julian Rotter dans les années 60 du XXe siècle, Ce concept indique le degré auquel l'individu attribue sa responsabilité personnelle de ce qui lui arrive en échange de la restitution à des forces indépendantes de sa volonté. En raison de son importance dans la prévision des motivations et des performances de l'individu, l'intérêt pour l'étude du locus de contrôle a augmenté, Dans le domaine de la santé, les recherches et les études menées dans ce contexte ont conclu que la santé d'un individu est affectée par ses croyances sur la source de sa santé.

Mots-clés: locus de contrôle, santé

1. Introduction

En 1954, Rotter développe sa propre théorie de l'apprentissage social dans son ouvrage "Social Learning and Clinical Psychology". Les théories de l'apprentissage dit «social» diffèrent du courant béhavioriste en ceci qu'elles font attribuer aux interactions entre les individus un rôle d'une grande importance pour les apprentissages.

En 1966, dans son article intitulé 'Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement', Rotter va encore plus loin et postule que les attentes d'un individu concernant la probabilité d'occurrence d'un renforcement dans les diverses situations qu'il rencontre peuvent être généralisées, et que la tendance générale propre à chaque individu à faire un lien entre son comportement et le renforcement peut être mesurée. En effet, selon lui, les individus diffèrent quant à leur positionnement « général » vis-à-vis des renforcements «un événement perçu par certains comme une récompense ou un renforcement peut être perçu différemment ou entraîner une réaction différente chez d'autres» (Rotter, 1966). (Fer, 2015-2016, 7-8)

Rotter introduit alors la notion de « Locus Of Control » (LOC), et il définit le LOC comme une attente de contrôle résultant de l'ensemble des séquences comportement / renforcement rencontrées et qui traduit le degré de représentation que possède un individu du lien entre ses comportement et/ou ses caractéristique personnelles et les renforcements positifs ou négatifs qu'il reçoit. Cette conception originale de Rotter (1966) proposait une structure unidimensionnelle et donc un linéaire entre le locus de contrôle interne versus externe. Cette conception fut dominante durant plusieurs années.

Dans les années 1970, Levenson (1972) a émis des réserves au sujet de la validité explicative du modèle unidimensionnel et proposa de considérer trois lieux de contrôle en ajoutant aux dimensions interne et externe la dimension autre afin de prendre en compte l'influence des autrui significatifs (personnes proches de l'individu auxquelles celui-ci accorde une importance relative) (Paquet et al, 2012 ,1)

Le contrôle a été étudié dans de nombreux contextes : travail, scolarité, couple, pratique sportive, maladie, etc. Le contrôle y est le plus souvent défini comme une caractéristique cognitive générale évaluée par les échelles I-E ou IPC, il désigne parfois une transaction spécifique entre l'individu et une situation ou un problème. L'internalité et l'externalité sont les deux pôles d'une même dimension dans certaines études ou des dimensions quasi indépendantes dans d'autre. En générale, l'internalité est associée à des issues plus favorables que l'externalité. (Bruchon- Schweitzer et Boujut, 2014, 297-298)

Les recherches au sujet du Locus de Control ont pu montrer que la perception du contrôle avait une incidence sur les comportements réalisés par le sujet, et notamment autour de la santé. Chaque sujet n'adoptera pas les mêmes comportements selon s'il se perçoit comme étant acteur (ou non) des renforcements relatifs aux événements. D'ailleurs, de manière générale, ne pas s'impliquer ou ne pas se sentir responsable en matière de santé peut avoir des conséquences néfastes aussi bien sur le plan physique que mental. Cela peut également amener à ne pas adopter de mesures préventives en matière de santé, à se restreindre en termes de soins et par conséquent, à s'exposer à davantage de risques que des personnes « internes » (Wallston, Wallston, & De Vellis, 1978) (Gimenes, 2016, 9)

2. Objective de l'étude

Malgré très nombreuses études ont été menées sur la relation entre le locus de contrôle et la santé, l'effet du LOC sur la santé est assez complexe ; il agit en effet directement, mais aussi en interaction avec d'autres variables personnelles et contextuelles. Pour cela nous définissons dans cette recherche le locus de contrôle, montrons quelques distinctions conceptuelles, présentons la théorie de l'apprentissage social de Rotter et comment mesurer le LOC, quelques résultats de recherches ayant porté sur cette variable et sur ses rapports avec la santé.

3. Définition de locus de contrôle

Le locus de contrôle (ou « lieu de contrôle ») est une attitude, une disposition d'un individu à assumer ou non ce qui lui arrive. C'est la croyance généralisée dans le fait que les événements qui nous arrivent ou les résultats de nos actions dépendent de facteurs qui nous sont internes ou externes (Rotter, 1966 ; Dubois, 1994 ; Paquet, 2009 ; Paquet & al, 2009; Alexandre-Bailly & al., 2013 ; Ruhanshi, 2014; Papageorgiou, 2015). Un individu qui présente un « locus interne » aura tendance à attribuer une causalité interne aux événements qu'il subira. L'individu croit qu'il existe un lien de causalité entre son activité et sa performance. Il se considère comme responsable de ses actes et aura tendance à s'assumer, à prendre son destin en main. Réussir ou échouer dans ce qu'il entreprend dépend de ses efforts et de son engagement. Si aucun lien de causalité n'est établi entre le comportement et le renforcement obtenu, cela signifie que le renforcement dépend de facteurs externes à l'individu (locus externe). Un individu « externe » aura tendance à attribuer une causalité externe aux événements qu'il subira. (Badolo, 2016, 75)

Selon Bruchon-Schweitzer et al (2001) Le LOC est la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) dépendent, soit de facteurs internes (actions, efforts, capacités personnelles), soit de facteurs externes (destin, chance, hasard, personnages tout puissants). (Malleh, 2014, 55)

Selon Dubois le concept de lieu de contrôle traduit « une variable de personnalité qui concerne le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs ou négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie » (Dubois, 1994). Considéré comme une caractéristique stable de la personnalité, le LOC interroge le comment, la manière dont les individus expliquent leurs comportements et analysent le rôle des renforcements dans l'orientation de leurs conduites. Deux types de croyances sont possibles :

- Externe, lorsque le sujet pense que le contrôle de la situation lui échappe du fait des forces du hasard, de la chance ou d'autrui.
- Interne, si au contraire, la personne considère que l'événement dépend de son propre comportement ou de ses caractéristiques personnelles relativement stables. (Dubois, 1987)

D'après Dubois (1985), cette dichotomie s'apparente plutôt à un continuum du pôle le plus externe (« hasard » où l'individu n'a aucune prise sur les événements, qu'il subit) vers le pôle interne (« efforts » où le sujet, son action propre agissent sur l'événement).

Externalité / Internalité
 Hasard Chance Destin Autres Tous Puissants / Obstacles Objectifs Capacités Efforts
 (Barbara, 2008, 47-48)

D'après le modèle intégré et multifactoriel utilisé en psychologie de la santé et présenté par Bruchon-Schweitzer et Dantzer les facteurs psychosociaux joueraient un rôle dans l'initiation et l'évolution des maladies. Parmi ces caractéristiques individuelles ou « antécédents », le locus de contrôle est très clairement défini comme un facteur protecteur de la santé.

4. Quelques distinctions conceptuelles

Dans un important effort de clarification de la notion de contrôle, Paquet (2009) distingue huit principaux construits: le locus de contrôle, l'attribution causale, l'auto-efficacité, l'impuissance acquise, le contrôle perçu, le désir de contrôle, l'illusion de contrôle, les moyens de contrôle. Voici selon Yves Paquet (2009), un récapitulatif des principaux construits du contrôle :

Tableau (1) : Classification des construits du contrôle.

	Avant	Pendant	Après
Dispositionnelle	LOC (général ou spécifique)		Style attributionnel
Situationnelle	Sentiment d'efficacité personnelle Moyens de contrôle Illusion de contrôle	Contrôle perçu	Attribution causale

La source : (Fitton, 2017, 102) (Paquet, 2009, 24)

- **L'attribution causale.** Selon Dubois (1987, 1996) trois arguments plaident en faveur d'une différenciation des concepts d'attribution et de lieu de contrôle, parfois injustement confondus:

- Le LOC est une anticipation, indépendant du renforcement obtenu ; l'attribution est une explication posée a posteriori à propos des résultats d'un événement précis.
- Le LOC se réfère à la perception ou non (contrôle externe) de l'existence d'un lien entre la conduite ou une caractéristique de l'acteur et un renforcement. L'attribution renvoie au lieu de causalité, propre à l'individu (interne) ou extérieur à lui.
- Enfin, les événements concernés sont de nature différente : le LOC se rapporte aux renforcements ; les attributions englobent les comportements et les états émotionnels.
 (Barbara, 2008, 48)

- **L'auto-efficacité.** Selon Aboud (2008), Paquet (2009), le sentiment d'auto-efficacité ou d'efficacité personnelle est un facteur majeur de l'agentivité humaine. Il correspond à la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations et y réussir. C'est sur cette croyance que l'on s'appuie pour entreprendre

des actions et persister jusqu'à l'atteinte du résultat attendu ou escompté (Desit-Ricard, Fort & Gilles, 2014). Selon Bruchon-Schweitzer (2002), cette croyance comporte deux dimensions:

- L'attente d'efficacité (croire que l'on a les ressources nécessaires pour faire face)
- L'attente de résultat (croire que l'on va maîtriser une situation et atteindre ses objectifs).

Cette croyance est toujours relative à une situation bien précise. Il ne s'agit donc pas d'une croyance généralisée ou d'un trait de personnalité, comme c'est le cas du locus de contrôle. (Badolo, 2016, 77)

- **L'impuissance acquise** . Elle définit un état dans lequel l'organisme a appris que les résultats sont incontrôlables par ses réponses, d'où une passivité face aux événements aversifs qui peuvent advenir (Ric, 1996). Devant un événement incontrôlable, l'individu recherche les causes de ce manque de contrôle. Ces causes peuvent se situer sur trois dimensions :

- Dimension interne/externe: L'individu va s'interroger pour savoir si l'absence de contrôle est liée à lui ou si elle est causée par des phénomènes extérieurs comme la chance, le destin, ou l'altérité.
- Dimension globale/spécifique: Lorsque la résignation apparaît dans toutes les situations, elle est qualifiée de globale, alors que si elle n'apparaît que dans certaines catégories de situations, elle est considérée comme spécifique.
- Dimension stable/temporaire: Lorsque l'absence de contrôle est susceptible de durer sans perspective de fin, la résignation est considérée comme stable. Si la résignation est seulement transitoire et bien circonscrite dans le temps, elle est considérée comme instable.

L'impuissance apprise ou acquise est donc une réaction de type abandonniste de la part de l'individu, provoquée par la croyance que quoi qu'il fasse, il n'arrivera à rien. C'est un état psychologique résultant d'événements incontrôlables et qui mènent à un affaissement de la volonté de réagir, d'où le risque d'une dépression (Paquet, 2009). La différence entre LOC et impuissance acquise peut se situer dans le fait que le LOC, en tant qu'attente, est chronologiquement antérieur à l'impuissance acquise. L'attente, une fois éprouvée par la réalité, induit des effets positifs ou négatifs à partir desquels l'individu se laisse convaincre qu'il contrôle ou non la situation et qu'il peut encore ou non contrôler les événements de même nature dans le futur. (Badolo, 2016,78)

- **Le contrôle perçu**. Selon Paquet (2009), le contrôle perçu résulte « de l'interaction entre l'individu et son environnement », à savoir entre le locus de contrôle et l'environnement. Il est donc spécifique à une situation donnée, à un environnement donné, c'est un processus transactionnel tandis que le locus de contrôle est une variable de personnalité stable et généralisée. (Fitton, 2017, 106)

- **Le désir de contrôle**. Il existe, chez les humains, une propension naturelle à exercer un contrôle effectif sur leur environnement (Amoura, Berjot & Gillet, 2013 ; Amoura, Berjot, Gillet & Altintas, 2014). Le sentiment de ne pas (ne plus) pouvoir contrôler son environnement peut augmenter l'anxiété, induire des conduites dépressives et jouer sur le niveau de concentration et de performances.

Selon Paquet (2006 ; 2009), c'est Burger & al. (1979) qui ont identifié clairement le concept de désir de contrôle et qui ont créé une échelle permettant de l'évaluer. Ces auteurs définissent le désir ou le besoin de contrôle comme l'importance que les gens accordent, en général, à être motivés pour contrôler les événements de leur vie. C'est un trait de personnalité qui se rapporte au degré de motivation à contrôler les événements. Le désir de contrôle se caractérise donc par la motivation que possède tout individu à contrôler ou à chercher à contrôler les situations en général. Selon Paquet, il existe une relation entre désir de contrôle et locus de contrôle. Un désir de contrôle élevé va de pair avec un locus de contrôle interne. A l'inverse, un désir de contrôle peu élevé est négativement lié à des attentes de contrôle par les autres ou par la chance. (Badolo, 2016, 79)

- L'illusion de contrôle. L'illusion de contrôle consiste, pour un individu, à se persuader qu'il a un pouvoir sur son environnement. Il peut pouvoir contrôler l'incontrôlable. C'est une « perception erronée de contrôle qui conduit à croire que l'on peut influencer des événements déterminés par le hasard comme les jeux de loterie, d'argent » (Paquet, 2009, 275)

L'individu croit en un contrôle effectif dans une situation ou un contexte qui n'en comporte aucun. Cela peut amener à des comportements risqués, l'individu pouvant surestimer ses capacités par rapport à la réalité objective. A la différence du locus de contrôle, l'illusion de contrôle traite des biais perceptifs relatifs à la maîtrise ou non de notre environnement. Bien que différents, ces deux notions restent reliées l'une à l'autre. La perception -erronée- de l'environnement influence notre action dans cet environnement et peut induire la conviction que les événements qui nous arrivent ou les résultats de nos actions dépendent ou non de nous (Rotter, 1966 ; Dubois, 1994 ; Paquet, 2009). (Badolo, 2016, 80)

- Les moyens de contrôle. A partir des travaux de Steiner, Paquet distingue trois moyens de contrôle:

- Le contrôle comportemental qui se traduit par une action directe sur l'environnement pour influencer un événement menaçant.
- Le contrôle cognitif qui permet d'interpréter l'événement menaçant.
- Le contrôle décisionnel relatif à l'opportunité de choix parmi plusieurs options possibles. (Badolo, 2016, 80)

5. La théorie de l'apprentissage social de Rotter. La théorie de Rotter accord une place considérable à l'environnement et à ses conséquences sur les comportements (Rotter, 1954). Rotter pense que l'environnement peut contrôler les comportements. Ainsi, la survenue d'un comportement n'est pas entièrement déterminée par la nature ou l'importance des buts et des renforcements, mais aussi par les attentes qu'a la personne concernant les conséquences de son comportement et surtout par le lien causal que le sujet établit entre son comportement et l'obtention du renforcement. (Hansenne, 2006, 162)

Comme l'explique Phares (1976), cette théorie a pour but de rendre compte de la complexité des comportements humains et d'expliquer pourquoi, parmi la variété des comportements sociaux, un individu choisit d'adopter une conduite particulière en fonction d'un contexte. Cette théorie repose sur trois concepts fondamentaux :

- Le renforcement : tout ce qui augmente la probabilité d'apparition d'un comportement (Richelle, 1966).
- La situation psychologique : la situation objective telle qu'elle est vécue et interprétée par la personne en fonction de son histoire et de son expérience.
- L'expectation : la probabilité pour un individu qu'un renforcement particulier se produise lorsqu'il adopte un comportement spécifique dans une ou des situations spécifiques (Rotter, 1954). (Paquet, 2009, 9)

Dans la théorie de l'apprentissage social de Rotter, le renforcement fait référence à tout ce qui a une influence sur l'occurrence, la direction et le type de comportement. Rotter estime aussi que les renforcements sont associés à une valeur, c'est-à-dire le fait qu'un individu choisit parmi différents renforcements possibles celui qu'il apprécie le plus. Par exemple, si on a plusieurs projets (renforcements) pour le week-end, on choisira celui associé au plus grand plaisir.

Un concept central de la théorie est celui d'attente, défini comme « la probabilité estimée par un individu qu'un renforcement apparaisse en fonction de son comportement dans une situation spécifique ». Rotter insiste sur le fait qu'une situation identique ne sera pas considérée de la même manière par deux individus et qu'il convient d'en tenir compte pour expliquer les comportements. Nos comportements sont dictés dans la plupart des cas par nos attentes. Pour reprendre l'exemple cité plus haut, nous choisirons pour le week-end le projet qui, d'après nos attentes, sera le plus intéressant. En d'autres termes, le comportement est fonction des renforcements mais aussi de nos attentes. La probabilité qu'une personne produise un certain comportement est donc fonction de la probabilité que ce comportement conduise à un résultat mais aussi de l'attente de ce résultat. Si le renforcement et les attentes sont hauts, le comportement aura beaucoup de chances d'être produit. A l'inverse, si le renforcement et les attentes sont faibles, le comportement aura peu de chances de se produire. Rotter a résumé cela dans la formule suivante :

$$BP = f(E \times RV)$$

Où BP signifie behavioural potential, E : expectancy et RV : reinforcement value.
(Hansenne, 2006, 163)

6. Mesure et instruments de mesure du LOC. Du côté de la mesure, plusieurs échelles générales de LOC sont conçues, des échelles spécifiques à des domaines bien particuliers ont vu aussi le jour :

6.1. Echelle I/E Rotter . Internal versus External Locus of Control (IE)-Scale est une échelle générale unidimensionnelle mesurant la perception de contrôle. Elle permet de classer les gens en tant qu'internes (croyant en l'origine interne du renforcement : aptitudes, comportements, actions, efforts, désirs) ou externes (croyant en l'origine externe du renforcement : personnages tout-puissants, chance/destin/hasard).

Composées de 29 items binaires avec la possibilité de répondre sur une échelle de Likert à 6 points. Celui qui a un score élevé ou supérieur à la médiane est dit "sujet externe" et celui qui a un score inférieur à la médiane est dit "sujet interne". L'échelle a été beaucoup

critiquée (Bruchon-Schweitzer et *al.*, 2001) surtout concernant son unidimensionnalité, son instabilité de contrôle dans le temps puisqu'on est de plus en plus externe avec le temps, ainsi que la contamination des réponses internes par des biais et attitudes défensives (ex : norme d'internalité et désirabilité sociale). (Malleh, 2014, 59)

6.2. Echelle de Levenson .Levenson Locus of Control Scale (LLCS) est une échelle générale multidimensionnelle élaborée par Levenson (1973, 1974). Elle est composée de trois sous-échelle : interne ou Internal (I), autres tout puissants ou Powerful others (P) et Chance (C).

L'échelle compte 24 items représentant chacun l'énoncé d'une attitude dont le sujet doit préciser, sur une échelle de 1 à 3, son degré d'accord avec les opinions présentées. La LLCS a été préférée à l'échelle de Rotter (1966) du fait qu'elle apporte un important raffinement en différenciant entre un contrôle externe par autrui (ou autres tout puissants) et le contrôle par la chance. Cette différenciation est basée sur l'idée que les individus qui croient que des personnages tout puissants contrôlent leurs comportements pensent différemment que ceux qui croient que le monde est désordonné et imprédictible et ainsi contrôlé par la chance (Brucon-Schweitzer et *al.*, 2001 ; Brosschot, Winifred, Gebhardt et Godaert, 1994).

Les qualités psychométriques de l'échelle de Levenson sont très bonnes, ce qui explique son utilisation fréquente dans les mesures du LOC général. (Malleh, 2014, 59-60)

6.3. Echelle de Wallston, Wallston et DeVellis .Wallston, Wallston et DeVellis (1978) ont proposé un lieu de contrôle directement en lien avec l'univers médical et la psychologie de la santé. Williams et Koocher (1998) le définissent comme l'ensemble des croyances qu'un individu possède en regard de l'influence qu'il peut avoir sur le maintien de sa santé et sur l'apparition et le cours de sa maladie. Le lieu de contrôle de la santé comporte deux sphères. La première, le lieu de contrôle interne de la santé dans lequel le résultat obtenu correspond à des caractéristiques personnelles et est le résultat de nos actions. La seconde, le lieu de contrôle externe de la santé ou tout se trouve contrôlé par la chance, le destin, les forces surnaturelles ou encore, les médecins.

Wallston et *al.* (1978) et Rowe, Montgomery, Duberstein et Bovberg (2005), ont une même définition du lieu de contrôle relié à la santé. Ils préconisent que les individus avec un lieu de contrôle interne croient que leurs propres actions et les gestes qu'ils posent déterminent les conséquences face à leur état de santé. Au contraire, les personnes ayant un lieu de contrôle de la santé externe croient que se sont les autres qui vont déterminer leur état de santé, comme les docteurs, les infirmières, ou les membres de leur famille. Elles peuvent aussi penser que leur maladie est due au destin ou à la malchance.

Plus concrètement, une personne affirmant que le cancer dont elle est atteinte réside dans une punition de Dieu, qu'elle subit son destin et que seul le médecin peut l'aider, démontre un lieu de contrôle externe. Au contraire, si cette dernière a un lieu de contrôle interne, elle va associer le diagnostic à un manque d'exercice, au fait d'avoir fumé durant de nombreuses années et sera aussi convaincue que par ses comportements, elle peut faciliter son processus de traitement. (Berger, 2009, 29)

La Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) est élaborée par Wallston, Wallston et DeVellis (1978). Cette échelle est construite spécialement pour mesurer la perception de contrôle des événements liés à la santé et à la maladie.

La MHLC compte trois dimensions: contrôle interne (IHLC), autres puissants (PHLC), dimension qui se divise elle-même en autres puissants et médecins, et chance ou destin (CHLC). La littérature (O'Hea, Bodenlos, Moon, Grothe et Brantley, 2009) a accentué l'importance de la religion et de la spiritualité dans le domaine de la santé et de la guérison. Ainsi, une quatrième dimension (GodHLC) fut ajoutée et porte sur la perception du contrôle par Dieu (Wallston, Malcarne, Flores, Hansdottir, Smith, Stein, Weisman et Clements, 1999).

Un avantage de cette échelle est qu'elle a trois formes (A, B et C) qui font augmenter la sensibilité de l'instrument aux changements des croyances de contrôle au fil du temps (par exemple avant et après une maladie). (Malleh, 2014, 60)

7. Les facteurs d'influence du locus de contrôle. Lors de leurs études sur le lieu de contrôle, les chercheurs ont rapidement constaté l'existence de différences liées à l'âge, au sexe, au statut social et au niveau intellectuel:

- **L'effet de l'âge.** La plupart des études qui ont étudié l'impact de l'âge sur le locus of control permettent d'esquisser les tendances générales d'évolution de la variable. Le schéma ainsi dessiné irait dans le sens d'une augmentation progressive de l'internalité durant l'enfance, puis d'une stabilisation en milieu de vie, et enfin une légère diminution au cours de la vieillesse.

Nowicki et Strickland en 1973, utilisant leur propre échelle de mesure (NSLCS) montrent que des différences individuelles concernant l'internalité apparaissent dès le CE2 (3rd grade). Par ailleurs et contrairement à leurs attentes, ils constatent que la variance des résultats pour les élèves plus vieux est plus élevée que pour les plus jeunes. Enfin, ils montrent que l'internalité croît avec l'âge.

Concernant la fin de l'enfance et les âges plus avancés, Lao (1974) montre une internalisation de 15 à 39 ans, suivie d'une stabilisation des scores d'internalité jusqu'à la fin de la vie. Ryckman et Malikiosi (1975) quant à eux, montrent une augmentation du sentiment de contrôle de 17 à 29 ans, puis une augmentation plus modérée par la suite, et enfin, un léger déclin dans la vieillesse. L'important à relever dans ces deux dernières études et là où les auteurs s'accordent étant que l'internalisation se poursuit visiblement après l'adolescence jusqu'au moins 30 ans. (Fer, 2015-2016, 10-11)

- **L'effet du genre.** Phares (1976) souligne qu'une grande majorité de recherches n'apportent pas de différence significative entre les sujets masculins et les sujets féminins au niveau du lieu de contrôle. Cependant, les sujets de sexe féminin ont tendance à être plus externes que ceux de sexe masculin. Ceci a été vérifié dans les populations de nationalités différentes (américaine, indienne, australienne, canadienne), aussi bien chez les enfants que chez les adultes, les étudiants et les non-étudiants (Findley et Cooper, 1983; Lefcourt, 1981-1984; Lopez et Staszkiwicz, 1985). (Poulin, 1990, 33)

- **L'effet du statut social.** Dans l'ensemble, les études démontrent que les sujets de classes favorisées sont plus internes que ceux de classes défavorisées. Dubois (1987) a trouvé dans la littérature trois explications principales. La première est que ceux qui expriment plus de croyances externes sur le plan du lieu de contrôle sont ceux qui ont moins accès aux connaissances (Wallston et McLeod, 1979; Hill et Baie, 1981; dans Dubois, 1987, p164). La seconde explication est proposée surtout par les auteurs qui ont fait des études interculturelles (Garcia et Levenson, 1975; Grebler et al, 1970). Selon eux, les individus qui sont désavantagés sur le plan socio-économique et qui ont moins accès aux positions de pouvoir se sentent plus contrôlés par la société et développent en conséquence une orientation externe. La troisième explication est avancée par Dubois en particulier. Pour elle, il apparaît que les individus favorisés défendent une idéologie comme celle du mérite personnel (explication interne) là où les individus défavorisés font appel à une idéologie de détermination sociale (explication externe) (Thapénis, 1982; dans Dubois, 1987, p165). (Poulin, 1990, 36)

- **L'effet du niveau intellectuel.** Il semble que ce soit Bialer (1961) qui ait le premier fait un lien entre le niveau intellectuel et l'internalité, puisque ses résultats montrent que la variable âge mental (basée sur les résultats à un test d'intelligence) est davantage corrélée au locus of control que l'âge chronologique.

Plus tard, Bartel (1970) montre que la variable QI a un impact fort sur l'internalité puisqu'elle permet d'expliquer les différences qu'il avait au premier abord trouvées entre les classes. Crandall et ses collaborateurs (1965) trouvent une corrélation positive entre les scores d'intelligence et les scores à l'IARQ.

Battle et Rotter (1963), eux, semblent observer une corrélation négative entre le QI et les scores d'internalité (pour toutes les classes et groupes ethniques). (Fer, 2015-2016, 13)

6. LOC et la santé. Que le LOC soit unidimensionnel ou multidimensionnel, ses effets sur la santé directs ou médiatisés par des variables personnelles et/ou contextuelles, sont divers. En général, l'internalité s'avère fonctionnelle et l'externalité dysfonctionnelle :

6.1. LOC et santé émotionnelle. Les relations entre l'internalité de Rotter et la santé émotionnelle ont été étudiées dans des groupes variés (étudiants, cadres, enseignants, employés, personnel soignant, patients, couples, sujets âgés, etc.). Le résultat le mieux établi concerne l'effet direct positif de l'internalité sur le bien-être émotionnel. (Cohen et Edwards, 1989; Deneve et Cooper, 1998; Horner, 1998; Hurrell et Murphy, 1991; Thompson et Collins, 1995). L'externalité de Rotter est associée à la vulnérabilité émotionnelle : troubles anxio-dépressifs, faible estime de soi, détresse émotionnelle.

L'échelle IPC de Levenson a été utilisée dans des contextes variés (douleur, alcoolisme, emprisonnement, cancers, cognitions, performances scolaires, engagement social). Le facteur I a des relations stables mais modérées avec la santé émotionnelle (de 20 à 40). En revanche les facteurs d'externalité P et C ont tous deux des effets dysfonctionnels. Le facteur P (personnages puissants) est associé à l'affectivité négative (dépression, névrosisme et hostilité) et à une mauvaise qualité de vie émotionnelle. Le facteur C (chance) a des effets négatifs sur la qualité de vie émotionnelle en affectant, encore plus que P, le névrosisme, l'anxiété et l'intensité de divers symptômes (évalués par le SCL-90)

La revue qualitative de Neipp, Lopez-Roig et Pastor (2007) effectuée sur quarante-quatre articles publiés de 1966 à 2006 sur les effets des croyances internes des patients cancéreux montre les effets favorables des croyances en un contrôle interne et d'un contrôle par les professionnels de santé sur la qualité de vie émotionnelle, mais non sur l'évolution de la maladie.

En contexte professionnel, l'internalité est associée à davantage de satisfaction et d'implication au travail et à moins d'épuisement (burnout) que l'externalité, d'après la méta-analyse de Wang, Bowling et Eschleman (2010) réalisée à partir de 184 études. L'internalité pourrait interagir avec certaines caractéristiques des situations et n'avoir d'effets favorables que si un certain contrôle est possible. En contexte professionnel, par exemple, l'internalité n'est salutogène que si le poste occupé permet un certain contrôle effectif (responsabilités, autonomie décisionnelle, etc.) (Bruchon- Schweitzer et Boujut, 2014, 298-299)

Diverses études ont montré que le LOC influence le type et l'intensité de la réponse au stress (Rice, 1992; Spector et O'Connell, 1994). Ainsi, le niveau de contrôle est une variable très importante à considérer lorsque l'on parle de la satisfaction au travail et du stress occupationnel. Plus la personne perçoit qu'elle a de l'influence sur les sphères de son travail (interne), plus elle sera satisfaite de son emploi et moins elle ressentira du stress au travail (Savery et Luks, 2001; Spector, 1988). Dans le cadre d'une méta-analyse portant sur 88 études, Spector (1986) a montré que des degrés élevés de contrôle étaient associés positivement à un bon ajustement au travail (satisfaction professionnelle, implication au travail) et négativement à des conséquences dysfonctionnelles (troubles somatiques, détresse émotionnelle, absentéisme et turnover). Les professeurs universitaires ayant un locus de contrôle externe sont plus susceptibles d'avoir une pauvre satisfaction au travail et davantage de détresse psychologique (Leung, Siu et Spector, 2000). (malah,2014, 60)

Les études consultées ne démontrent pas toutes l'effet direct de l'internalité sur la santé émotionnelle. Certaines suggèrent que l'internalité peut avoir des effets modérateurs ; elle atténue par exemple les effets délétères de certaines situations stressantes sur la santé émotionnelle. L'internalité n'expliquerait qu'une proportion faible de la variance de ces critères (en moyenne 8% selon Lefcourt, 1984), ce qui peut être dû au fait que les effets d'interaction (internalité x contexte), sans doute plus importants que les effets directs, sont souvent négligés dans les recherches. (Bruchon- Schweitzer et Boujut, 2014, 298-299)

6.2. LOC, styles de vie sains et santé physique. L'état de santé des sujets internes est décrit généralement comme meilleur que celui des externes (Cohen et Edwards, 1989 ; Hurrell et al, 1991 ; Horner,1998 ; Rodin et Salovey,1989 ; Seeman, 1991 ; Ünstüdag-Budak et Mocan-Aydin, 2005). Une relation entre internalité et santé « objective » a été observée dans quelques études longitudinales menées sur des échantillons importants. Dans une étude menée en Allemagne par Stürmer, Hasselbach et Amelang (2006), par exemple, 5 114 femmes de 40 à 65 ans en bonne santé au départ ont été suivies pendant huit ans et demi : les internes ont présenté une morbidité plus faible que les externes au cours du suivi (moins d'infarctus notamment), ainsi qu'une mortalité moindre.

En ce qui concerne l'internalité comme facteur de pronostic, ses effets se sont avérés protecteurs, chez des diabétiques (Gillirand et Stevenson, 2006 ; Chamberlain et Quintard, 2001), des asthmatiques (Katz, Yelin, Eisner et Blanc, 2002) et des lombalgiques (Koleck, 2001). Face à une maladie chronique, les internes semblent moins perturbés que les externes ; cependant, si la maladie perdure (état stationnaire, aggravation), ce sont les patients internes qui présentent le plus de troubles émotionnels, sans doute parce que leurs efforts pour améliorer leur état sont vains.

Les effets bénéfiques de l'internalité sur la santé pourraient être dus au fait que les internes adoptent en général davantage de comportements préventifs et de comportements sains (faire de l'exercice, manger de façon équilibrée, ne pas fumer) et qu'ils ont une meilleure adhésion thérapeutique (Sarafino et Smith, 2011 ; Horner, 1998 ; Molloy, Wolstencroft et King, 1997). Il a été observé par exemple que les femmes internes sollicitent plus souvent une mammographie que les externes (Lopez-McKee, McNeill, Bader et Morales, 2008) et sont plus sensibles aux messages de prévention (Williams-Piehot et al, 2004). (Bruchon- Schweitzer et Boujut, 2014, 299-300)

Selon une étude de Segrestan, Cousson-Gelie et Bussièrès (2005) et suite à une biopsie mammaire en vue d'un diagnostic de cancer du sein, les patientes qui pensaient (avant le test) que leur état de santé dépendait du hasard ont adopté une stratégie d'impuissance-désespoir transformée, plusieurs mois plus tard, en une détresse élevée et une mauvaise qualité de vie. L'étude a aussi révélé que les patientes qui ont un faible LOC externe représenté par l'entourage et les médecins (penser que sa maladie et son état de santé ne dépendent pas ou dépendent faiblement des professionnels de la santé) ont manifesté un mauvais ajustement psychologique. En revanche, Taylor, Lichtman et Wood (1984) ont constaté que les patientes du cancer du sein qui croyaient pouvoir contrôler leur maladie par elles mêmes ou par leur médecin ont montré une meilleure adaptation à court et long terme que celles qui n'ont pas cette croyance (Taylor, 1983). Ainsi, le fait de s'attribuer la maladie est bien pour la santé. En revanche, un faible LOC externe lié aux soignants et à leur rôle dans le contrôle de la maladie ainsi qu'un LOC externe lié au hasard ont, tous les deux, des effets négatifs sur la santé des malades cancéreux. (malah, 2014,61)

Le fait d'être interne (facteur I de Levenson) est associé à une meilleure santé physique et à des styles de vie plus sains, c'est l'inverse pour l'externalité P (personnes puissantes) et surtout pour C (chance). Il a été montré par Bremer et al (1997) puis Janne et al (2001) que, parmi des femmes soumises à un examen de dépistage (cancer de sein), celles dont on découvrira qu'elles ont une tumeur maligne étaient plus externes au départ (facteur C) que les autres (groupe contrôle, femme avec une tumeur bénigne). Le fait de croire à la chance et au hasard induit probablement des attitudes attentistes qui nuisent à la santé. Il a été observé que des stratégies d'ajustement passives médiatisent les effets délétères de l'externalité sur l'état de santé chez des patients séropositifs (Grassi et al, 1998). Des migraineux externes(C) font moins d'efforts pour gérer la douleur et ont une moindre adhésion thérapeutique que les internes (Nicholson et al, 2007).

La dimension P de l'externalité a des effets généralement défavorables sur la santé mentale et physique. Cependant, elle peut interagir avec d'autres caractéristiques, ce qui parfois s'avère fonctionnel. Les études menées auprès de patients atteints de cancers

connaissant leur diagnostic montrent qu'ils ont en moyenne des scores P relativement élevés : ils croient que la maladie est sous le contrôle des médecins (Lin et Tsay, 2005). Une telle croyance s'est avérée favorable à l'ajustement émotionnel ultérieur de patientes traitées pour un cancer du sein (Segrestan et al, 2005). Croire que les événements sont contrôlés par autrui est une certaine forme de contrôle, moins pathogène que celle consistant à penser que ce qui nous arrive est complètement aléatoire. (Bruchon- Schweitzer et Boujut, 2014, 299-300)

6.3. La relation entre le LOC de santé et certaines variables

Plusieurs facteurs influencent la stabilité du lieu de contrôle relié à la santé :

- (De Valck & Vinck, 1996; Williams & Koocher, 1998). Il a été démontré que lors de la présence d'une maladie grave (p. ex. le cancer), qui nécessite un long plan de traitement, lequel est invasif et toxique, le lieu de contrôle peut subir des fluctuations (Marks et al, 1986).
- La façon dont la personne perçoit le contrôle, durant la maladie, aura une influence directe sur son comportement envers le système de soins de santé (Burns & Mahalik, 2006). Les personnes atteintes de cancer qui croient fermement au pouvoir des autres suivront rigoureusement le plan de traitement proposé. Aussi, confrontées aux mêmes situations anxiogènes, elles vivront plus de détresse psychologique que les individus qui ont un lieu de contrôle interne.
- En effet, étant donné qu'elles ont l'impression que seuls les autres peuvent influencer le cours de leur maladie, elles sont déstabilisées lorsque les membres de l'équipe médicale leur font part de leur impuissance face à la maladie. De plus, les personnes qui pensent que la maladie est due à la malchance auront des relations tendues avec l'équipe médicale. Ces dernières ont aussi tendance à vivre plus de symptômes dépressifs et d'anxiété (Marks et al., 1986; Naus et al., 2005; Williams & Koocher, 1998).
- De plus, une faible perception de contrôle est associée à une plus grande symptomatologie de facteurs dépressifs (Carver et al. , 2000; Naus et al. , 2005). Cette association existe aussi pour les populations atteintes de maladies chroniques telles que l'arthrite, les problèmes cardiaques et le VIH (Newsom, Knapp, & Schulz, 1996).
- Le lieu de contrôle joue également un rôle important au niveau de la douleur. Arraras et al. (2002) avancent que le rôle joué par le lieu de contrôle est plus difficile à mesurer lors d'un cancer. Toutefois, Toomey, Mann, Abashian et Thompson-Pope, en 1991, en évaluant des personnes atteintes de migraines chroniques, avancent que les patients ayant un lieu de contrôle interne décrivent leur douleur comme étant moins fréquente et moins intense que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. (Berger, 2009, 30-32)

7. Conclusion

Le concept de locus de contrôle est la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs dépendent soit de facteurs internes - efforts et capacités personnelles - , soit de facteurs externes - chance, destin, hasard et personnages tout puissants- . Ce concept est très intéressant dans de nombreux domaines, dans le domaine de la psychologie de la santé, le questionnaire du LOC permet de distinguer les personnes qui pensent agir sur leur santé par leurs comportements, des personnes qui pensent qu'il n'y a pas de lien entre leurs

comportements et leur santé. Ce point est intéressant dans l'éducation du patient et aussi dans les campagnes de prévention des maladies.

Références

- Badolo, Léopold Bawala. (2016). *Estime de soi, locus de contrôle et performances scolaires chez des élèves burkinabé de CM2 et de 3eme*, pour l'obtention du grade de docteur en psychologie, Aix-Marseille Université.
- Barbara, Smaniotto. (2008). *Contribution aux recherches sur l'alcool-dépendance*, pour l'obtention du grade de docteur en psychologie, Nancy- Université, tome 1.
- Bruchon- Schweitzer, Marilou et Boujut, émilie. (2014). *psychologie de la santé concepts méthodes et modèles*. 2éd. Paris : Dunod.
- Fitton Stéphanie. (2006). *Le rôle explicatif des variables d'attitude et de personnalité dans les intentions de départ : le cas des managers français*. Gestion et management. France : université de Bordeaux.
- Gimenes, Thomas. (2016). *lieu de contrôle et depression : le cas des personnes agees en institution*, pour l'obtention du grade master 1 en psychologie, universités d'Angers.
- Hansenne, Michel. (2006). *psychologie de la personnalité*. 2 éd. Bruxelles: de boeck.
- Malleh, Neila.(2014). *Causalité et contrôle perçu de la maladie cancéreuse et leurs effets sur le coping du malade*, pour l'obtention du grade de docteur en psychologie sociale, université de Tunis.
- Paquet, Yvan. (2009). *psychologie du contrôle*. Bruxelles: de boeck.
- Paquet, Yvan et al. (2012). validation d'une échelle courte et multidimensionnelle de locus de contrôle spécifique au travail(MLCST). *Canadian journal of behavioural science*.
- Berger, Mélanie.(2009). *le sentiment de solitude, le stress et lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer*, thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie, université du Québec à Trois-Rivières.
- Fer, Jérémy. (2015-2016). *Sécurité routière et locus of control chez les jeunes collégiens*, Étude réalisée dans un collège de Réseau d'Éducation Prioritaire (REP+).
- Poulin, Raymond.(1990). *Le lieu de contrôle interne-externe chez les étudiants universitaires et les jeunes professionnels en sciences humaines et en sciences appliquées*, mémoire présentée comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie, université du Québec à Trois-Rivières.