

Adaptation psychosociale et foyer de contrôle Psychosocial rehabilitation and monitored foster home

Francine Gratton-Jacob

Volume 1, numéro 1, 1976

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030009ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/030009ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gratton-Jacob, F. (1976). Adaptation psychosociale et foyer de contrôle. *Santé mentale au Québec*, 1(1), 99–107. <https://doi.org/10.7202/030009ar>

Résumé de l'article

Les études faites sur le concept d'adaptation psycho-sociale lié à celui de compétence sociale permettent de proposer un lien entre le niveau d'adaptation psycho-sociale et ce trait de personnalité qu'est le type de foyer de contrôle. C'est l'existence de cette association chez des malades mentaux chroniques qui bénéficieraient des services d'un centre de santé mentale de la Métropole qui a été vérifiée dans une étude faite au cours de l'année dernière par l'auteure de ce travail.

ADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET FOYER DE CONTRÔLE

*francine
gratton-jacob*

Selon le principe de responsabilité de secteur en psychiatrie communautaire, un centre de santé mentale communautaire devient responsable de toutes les demandes en santé mentale d'une population géographiquement circonscrite. De cette façon, on veut en arriver à donner les meilleurs soins au plus grand nombre d'individus handicapés de la communauté.

Selon Coleman (1965), les malades mentaux chroniques constituent les personnes les plus négligées de notre société. De plus, leur adaptation à la communauté est tellement marginale que Kraft (1968) en a fait un des indices principaux de la chronicité.

Plusieurs auteurs aident à comprendre cette difficulté d'adaptation du malade chronique lorsqu'ils énumèrent des caractéristiques telles que sa grande dépendance qui le rend incapable de vivre de façon autonome dans la communauté, son isolement social dû à sa peur de contact avec les autres, son incapacité à prendre des décisions, son absence de but et de rôle satisfaisant dans la communauté, son apathie causée par la crainte de devenir responsable de sa propre personne...

Ainsi selon Romoff (1973), le malade mental chronique, surtout s'il vient d'un milieu socio-économiquement défavorisé, développe un bas niveau de compétence sociale à cause de ces caractéristiques responsables de son manque d'efficacité, d'habileté et de succès à répondre à certaines demandes que lui fait la société.

Conway (1971) explique cette incompétence par la perception qu'a l'individu de lui-même et du monde qui l'entoure. Ainsi, celui qui a obtenu du succès après avoir posé des actions a de fortes chances de se voir comme une personne capable d'influencer les événements de sa vie quotidienne. Généralement, cet individu agit efficacement et se perçoit comme "self-competent". Par contre, pour la personne qui n'a pas eu beaucoup de succès à la suite d'actions qu'elle a posées, plusieurs circonstances de sa vie semblent déterminées par le hasard, le destin ou d'autres forces hors de son contrôle. Elle ne modifie pas son comportement devant une situation car les résultats lui semblent pré-déterminés. Par conséquent, elle se sent incapable de manipuler son environnement et devient "non-self-competent". Ce même auteur insiste sur un potentiel de compétence présent à l'intérieur de tout individu et sur l'importance de favoriser son développement en amenant la personne à utiliser les habiletés qu'elle possède. Elle développera alors ce que Reiff (1969) appelle la détermination de soi, c'est-à-dire une prise de conscience du pouvoir qu'elle peut avoir d'influencer les événements de sa vie quotidienne et de devenir maître de son destin.

La façon dont Conway définit la compétence rappelle le concept de foyer de contrôle ("locus of control") développé par Rotter (1966) et repris par plusieurs auteurs dont Levenson (1974). Selon ce dernier, il s'agit de la perception qu'a un individu de la relation qui existe entre les actions qu'il pose et les événements qui se produisent dans son existence. La personne ayant un "foyer de contrôle interne" croit exercer un contrôle sur sa propre destinée. Elle perçoit ses propres actions comme pouvant influencer ce qui lui arrive. Par conséquent, le foyer de contrôle est situé à l'intérieur d'elle-même. La personne ayant un "foyer de contrôle externe" croit que sa destinée est hors de son propre contrôle. Elle perçoit, comme principaux responsables de ce qui lui arrive, des agents extérieurs à elle-même, c'est-à-dire le hasard et/ou des gens plus puissants qu'elle. Par conséquent, le foyer de contrôle est situé à

l'extérieur d'elle-même.

Les recherches centrées sur ce concept arrivent à la même conclusion c'est-à-dire que les gens ayant un foyer de contrôle externe, tels les malades mentaux chroniques, sont plus désavantagés que ceux dont le foyer de contrôle est interne. De plus, Levenson (1973) a démontré que des malades mentaux qui se sentent contrôlés par des gens plus puissants qu'eux sont moins malades que ceux qui croient à un contrôle de leur vie par le hasard.

Ainsi, lorsque des individus croient que leur vie est contrôlée par le hasard, ils pensent et agissent différemment de ceux qui croient à la très grande influence des personnes plus puissantes qu'eux sur leur existence. Pour ces derniers, un potentiel de contrôler existe même si ce n'est pas eux qui l'exercent.

Par conséquent, Levenson croit à un foyer de contrôle à trois niveaux. C'est pourquoi elle a développé un instrument capable de mesurer jusqu'à quel point un individu croit que les événements de sa vie sont contrôlés par ses propres actions (foyer de contrôle interne), par des personnes plus puissantes que lui (foyer de contrôle puissance des autres) ou par le hasard (foyer de contrôle hasard).

Comme on attribue d'emblée un foyer de contrôle externe au malade mental chronique, cette distinction de Levenson est importante afin de préciser davantage le type de foyer de contrôle du malade.

Les études faites sur le concept d'adaptation psycho-sociale lié à celui de compétence sociale permettent de proposer un lien entre le niveau d'adaptation psycho-sociale et ce trait de personnalité qu'est le type de foyer de contrôle. C'est l'existence de cette association chez des malades mentaux chroniques qui bénéficieraient des services d'un centre de santé mentale de la Métropole qui a été vérifiée dans une étude faite au cours de l'année dernière par l'auteur de ce travail.

HYPOTHESES

Trois hypothèses ont été suggérées selon lesquelles les malades caractérisés par un "foyer de contrôle interne" et "puissance des autres"

avaient un haut niveau d'adaptation psycho-sociale alors que ce niveau d'adaptation devait être moins élevé chez des malades ayant un "foyer de contrôle hasard".

De plus, vu la possibilité d'une relation entre le problème de santé mentale d'un individu et le comportement ou les attitudes des gens de son entourage, il devient intéressant d'identifier le foyer de contrôle d'une personne significative de l'entourage immédiat du malade: cette personne est nommée informateur-clé dans cette recherche. Trois autres hypothèses ont donc été posées à savoir que les malades ont un foyer de contrôle moins "interne", plus "puissance des autres" et "hasard" que les "normaux" d'un même milieu.

INSTRUMENTS DE MESURE ET SUJETS

Afin de vérifier ces hypothèses, deux questionnaires ont été utilisés. Les échelles I-P-C de Levenson permettaient d'identifier le type de foyer de contrôle des malades et des informateurs-clé alors que l'inventaire de comportement de Katz (1963) informait sur le niveau d'adaptation psycho-sociale des malades.

Quarante-neuf malades (31 hommes et 18 femmes) ont accepté de répondre aux deux questionnaires. Chacun d'eux, qualifiés de malade mental chronique par un psychiatre depuis au moins quatre ans, était suivi dans un centre de santé mentale communautaire de la métropole depuis un an. Tous demeuraient dans le secteur centre-sud et la plupart d'entre-eux vivaient seuls. Les informateurs-clés, au nombre de quarante-sept (13 hommes et 34 femmes), demeuraient presque tous dans le même secteur que les malades.

RESULTATS

Des tests statistiques ont permis de vérifier les hypothèses postulant une association entre le niveau d'adaptation psycho-sociale des malades et leur type de foyer de contrôle.

Les principaux résultats de ces analyses (tableau I) ont indiqué que le malade qui se sent responsable de ce qui lui arrive (foyer de contrôle interne) présente moins de symptômes psychiatriques et physiques que le malade ayant un "foyer de contrôle externe". Il

se perçoit comme ayant un bon rendement au niveau des activités sociales et en éprouve de la satisfaction ainsi que son entourage. Il se voit capable d'occuper ses moments libres par des loisirs et des activités qui l'aident à s'améliorer et il se décrit comme étant assez bien adapté psycho-socialement.

TABLEAU I

CORRELATIONS SIGNIFICATIVES ENTRE DES SECTIONS
ET SOUS-SECTIONS DE L'INVENTAIRE DE KATZ ET LES
ECHELLES DE LEVENSON (N= 49)

Echelles de Levenson	Sections et sous-sections de Katz	r*Entre adaptation psycho-sociale et foyer de contrôle	Niveau de signification
FOYER DE CONTROLE "INTERNE"	Symptomatologie	-.35	<.05
	Rendement dans les activités sociales	-.44	<.01
	Attentes, activités sociales	-.35	<.05
	Satisfaction des activités sociales	-.48	<.01
	Niveau des activités libres	-.37	<.01
	Total pour le malade	-.49	<.01
	Attentes, activités sociales	-.28	<.05
	Satisfaction des activités sociales	-.35	<.05
	Total des 2 échelles	-.30	<.05
	FOYER DE CONTROLE "PUISSANCE DES AUTRES"	Symptomatologie	.49
Satisfaction des activités libres		.44	<.01
Total pour le malade		.31	<.05
FOYER DE CONTROLE "HASARD"	Symptomatologie	.28	<.05
	Méfiance	.38	<.01

* Plus le coefficient de corrélation de Pearson (r) est élevé, plus la relation est significative.

Toutefois, le malade se sentant contrôlé par des gens plus puissants (foyer de contrôle puissance des autres) se décrit comme ayant plusieurs symptômes. De plus, il semble satisfait du peu d'activités qui occupent ses moments libres et se perçoit comme étant peu adapté psycho-socialement.

TABLEAU 2

MOYENNE OBTENUE PAR LES MALADES ET
LES INFORMATEURS-CLES AUX ECHELLES
IPC DE LEVENSON

Echelles de Levenson	Moyenne ¹ des malades	Moyenne ¹ des informateurs-clés
Foyer de contrôle "interne" *	23.40	25.12
Foyer de contrôle "puissance des autres" *	20.98	19.00
Foyer de contrôle "hasard"	20.38	19.42

(1) 32 est le score maximum que peut obtenir un sujet à chaque échelle.

* Echelles où la différence des moyennes est significative entre les deux groupes.

Le malade qui se sent contrôlé par le hasard (foyer de contrôle hasard) manifeste des symptômes et son entourage perçoit chez lui des comportements de méfiance.

Ainsi, pour résumer les résultats de ces trois premières hypothèses, on peut dire que le malade dont le foyer de contrôle est interne aurait tendance à se percevoir mieux adapté sur le plan psycho-social. Une orientation "puissance des autres" serait associée à plus de symptômes et à de l'apathie sociale.

La vérification des trois dernières hypothèses démontre que les malades ont un foyer de contrôle moins "interne" et plus "puissance des autres" que les informateurs-clés qui représentent la population normale. (Tableau 2)

IMPLICATIONS

Etant donné que les résultats ont démontré que les malades ayant "un foyer de contrôle interne" se perçoivent mieux adaptés sur le plan psycho-social, il serait intéressant que les thérapeutes appliquent les techniques de "counseling" préconisées par Mac Donald (1972). Ces techniques ont pour objectif de rendre plus interne le foyer de contrôle chez ces malades qui se croient contrôlés par le hasard et par des êtres plus puissants qu'eux. Par exemple, en réponse à un malade qui dit "Les autres veulent que je devienne ainsi..."., le thérapeute répondra "Qu'est-ce que toi tu veux être?". De cette façon, le thérapeute favorise progressivement la prise de responsabilité par le malade de ce qu'il peut devenir. Mac Donald propose aussi de questionner le malade sur ce qu'il aurait pu faire pour changer les résultats d'un problème passé, sur ce qu'il a la possibilité de faire pour modifier le résultat d'un problème actuel et sur ce qu'il pourra faire à l'avenir pour résoudre des problèmes semblables... D'autres modes d'intervention pourraient aussi être proposés.

Enfin, le malade étant caractérisé par un "foyer de contrôle puissance des autres", il importe que les thérapeutes soient très conscients de l'influence qu'ils peuvent exercer sur lui.

SOMMAIRE

Cet article résume une étude qui avait pour but de déterminer s'il existait une relation entre le type de foyer de contrôle (locus of control) chez des malades mentaux chroniques et leur niveau d'adaptation psycho-sociale.

Après avoir investigué l'existence d'un lien possible entre les concepts de compétence sociale, d'adaptation sociale et de foyer de contrôle, l'auteur propose trois hypothèses selon lesquelles les malades caractérisés par un foyer de contrôle "interne" et "puissance des autres" ont un haut niveau d'adaptation psycho-sociale. Le niveau d'adaptation est moins élevé chez les malades ayant un "foyer de contrôle hasard". Trois autres hypothèses attribuent un "foyer de contrôle moins interne" aux malades qu'à des sujets normaux du même milieu social. Quarante-neuf malades et quarante-sept sujets normaux ont répondu à deux questionnaires.

Les résultats démontrent qu'un "foyer de contrôle interne" caractérise les malades les plus actifs sur le plan social et familial. Une certaine symptomatologie se manifeste chez les malades caractérisés par un "foyer de contrôle puissance des autres" alors que des comportements de méfiance sont associés à un "foyer de contrôle le hasard". Les malades ont un "foyer de contrôle moins interne" et plus de type "puissance des autres" que les informateurs-clés.

Par la suite, l'auteur mentionne quelques techniques de counseling pouvant favoriser un "foyer de contrôle plus interne".

BIBLIOGRAPHIE

- Coleman, Jules V., "Therapy of the "Inaccessible" Mentally Ill Patient.", Mental Hygiene, XLIX, 1965, 381-84
- Conway, M., "A Theoretical Basis for the Decision to Seek Health Care among Persons of Low Socioeconomic Status". Papers presented at the Fourth Annual Nurse Scientist Conference Science and Direct Patient Care, School of Nursing University of Colorado, Medical Center Denver, Ontario, April 2-3, 1971, 35-43
- Katz, M.M. and Lyerly, S., "Methods of Measuring Adjustment and Social Behavior in the Community: 1 Rationale, Description, Discriminative Validity and Scale Development." Psychol. Reports, XLIII, No. 4, 1963, 503-35
- Kraft, A.M.; Binner, P.R.; and Dickey, B.A., "The Chronic Patient." Community Mental Health and International Perspective. Edited by R.H. Williams and L.D. Ozarin, Sans Francisco, Jossey-Ass Inc., 1968
- Levenson, R., "Activism and Powerful Others. Distinctions Within the Concept of Internal-External Control." Journal of Personality Assesment, XXXVIII, No. 4, 1974, 377-83
- Levenson, R., "Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients." Journal of Consulting and Clinical Psychology, XLI, March, 1973, 397-404
- Levenson, R., "Distinctions Within the Concept of Internal-External Control: Development of a New Scale." 80 th Annual Convention, Am. University, 1972, 261-66
- Levenson, R., "Reliability and Validity of the I, P and C Scales --- A Multidimensional View of Locus of Control." APA Convention Montreal, August, 1973, 1-7
- MacDonald, P.P. Jr., "Internal-External Locus of Control Change-Technics". Rehabilitation Literature, XXXIII, February, 1972, 44-47
- Reiff, R., "Mental Health Manpower and Institutional Chage." Perspectives in Community Mental Health. New-York: Aldine Publ., 1969

- Romoff, V., and Slavinsky, A., "nurse Therapy for Lower Socio-economic Psychiatric Outpatients". Perspective in Psych. Care, XI, J.F.M., 1973, 10-15
- Rotter, J.B., "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement." Psychological Monographs: General and Applied, LXXX, No. 1, 1966, 1-28