

# Désir de contrôle et perte de poids

Linda Baran et Michel Alain

*Université du Québec à Trois-Rivières*

## Résumé

Il y a deux types de personnes qui consultent pour leur problème d'obésité (Pauzé, 1983). Certaines consultent d'elles-mêmes et d'autres sont référées par un intervenant de la santé. Les premières sont typiquement plus motivées à perdre du poids que les secondes et leurs chances de succès s'en trouvent améliorées. Pourquoi les personnes référées n'ont-elles pas autant de succès à perdre du poids que les personnes qui initient elles-mêmes cette démarche? Le concept de désir de contrôle de Burger (1992a) peut aider à comprendre les mécanismes impliqués. Les gens diffèrent quant à 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 de type ATI ("aptitude by treatment interaction") (Pedhazur, 1982) les gens qui ont adhéré à un programme 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 le désir de contrôle agissait comme variable modératrice dans le traitement pour les gens référés. Les données recueillies auprès d'une centaine de cas confirment cette interaction significative entre désir de contrôle et référence d'un intervenant de la santé. La discussion porte autour du désir de contrôle qui peut s'avérer une variable pertinente dans plusieurs situations similaires.

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 (Brehm & Brehm, 1981) 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 rencontrées dans le domaine des soins de la santé. En effet, face à l'obligation d'adhérer à un traitement médical, plusieurs patients refusent de s'y soumettre, d'autres sabotent le traitement, même après avoir accepté de suivre les

recommandations (Kristeller & Rodin, 1989). 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. Les gens adhèrent au programme, mais ne suivent pas "scrupuleusement" le traitement prescrit ou l'abandonnent rapidement. Les spécialistes traitent l'obésité sont d'ailleurs souvent recalculant 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). 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.

Il semble exister une confusion autour des notions de perception de contrôle, de cognitions de contrôle, de lieu de contrôle et de désir de contrôle. Wong (1992) suggère que le concept de perception de contrôle réfère tout autant aux croyances illusives de contrôle qu'au lieu de contrôle et qu'à l'évaluation des opportunités, des attentes et des éventualités de contrôle (voir aussi Ferguson, Dodds, Ng, & Flannigan, 1994). Evans, Shapiro et Lewis (1993), quant à eux, définissent les cognitions de contrôle comme un concept se rapportant à deux sous-ensembles. Le premier réfère à une attente généralisée concernant l'estimation d'un lien entre les efforts produits et les résultats obtenus. Le deuxième se rapporte à la croyance en son efficacité personnelle (estimation cognitive de soi et de la situation), c.-à-d. l'estimation des habiletés nécessaires à l'obtention du résultat désiré. Il semble donc que ce concept englobe autant des facteurs personnels que des facteurs situationnels.

Le concept de lieu de contrôle, initialement suggéré par Rotter (1966), place les individus sur un continuum selon qu'ils perçoivent ce qui leur arrive comme relevant de leur contrôle (contrôle interne) ou plutôt de forces qui leur sont extérieures (contrôle externe). Nous retrouvons donc aux extrémités de ce continuum les individus ayant un lieu de contrôle interne et ceux possédant un lieu de contrôle externe. Cette définition n'inclue pas l'aspect des croyances individuelles à propos de ses habiletés personnelles pour l'atteinte d'un objectif, c.-à-d. l'efficacité personnelle (Bandura, 1989), alors que ce concept est reconnu comme étant le pivot de la notion de perception de contrôle (Skinner, 1992). Le lieu de contrôle se différencie pour les mêmes raisons du concept de cognitions de contrôle tel que défini par Evans et al. (1993). De plus, l'estimation cognitive et circonstancielle de la situation de vie de l'individu n'est pas considérée à l'intérieur du concept de lieu de contrôle.

Le désir de contrôle (Burger, 1992a) constitue un trait de personnalité qui souligne le degré de motivation d'un individu à se voir en contrôle des événements auxquels il se trouve confronté. Le concept de désir de contrôle vient donc s'ajouter à la perception de contrôle en tant que variable de la personnalité ayant une importance majeure pour l'étude du comportement humain.

Plusieurs études ont révélé que l'individu possédant une perception de contrôle élevée est mieux adapté et ressent un bien-être plus grand que celui qui se perçoit comme ayant moins de contrôle. Dolce (1987) a observé que les patients, traités pour des douleurs chroniques et qui croyaient pouvoir faire quelque chose

pour améliorer leur état, rapportaient des douleurs beaucoup moins pénibles que ceux qui croyaient n'avoir peu ou pas de contrôle.

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.

Les individus ayant à subir une chirurgie mineure ont bénéficié avantageusement de certaines formes de contrôle (Langer, Janis, & Wolfer, 1975). Wells, Howard, Nowlin et Vargas (1986) ont présenté des stratégies cognitives comme l'auto-évaluation, la relaxation, la distraction et l'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. Johnson (1983) est arrivé aux mêmes résultats en donnant à ses sujets une information complète sur les effets post-opératoires.

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. 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.

Alors que les notions de contrôle objectif, de sentiment de contrôle et d'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.

Les recherches sur la résignation acquise ont 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 (Peterson, Maier, & Seligman, 1993). 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 dans la résignation acquise et la dépression.

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 l'impossibilité de contrôle pour l'individu (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, & Theorell, 1981). Ce phénomène apparaît lorsque le rapport 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 et al. (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 une perception de contrôle élevée s'ajuste mieux et ré-

cupère 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.

Même si la perception de contrôle a toutes sortes d'effets bénéfiques, les gens ne sont pas tous au même niveau quant à leur désir de contrôler leur vie. Burger (1992a) suggère l'idée que des personnes peuvent avoir un fort désir de contrôler tout ce qui leur arrive, alors que d'autres préfèrent laisser les autres décider pour eux. Burger et Cooper (1979) ont construit une mesure qui permet d'estimer le désir de contrôle d'une personne.

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, & La Torre, 1989). Il aime, par ailleurs, assumer des rôles de leadership dans des groupes (Burger & Cooper, 1979) et démontre une grande motivation pour la réussite (Burger, 1985, 1992b). 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'avèrent être impossibles à résoudre) à de tels sujets, ils ont fourni plus d'efforts et ont persisté plus longtemps que ceux ayant un désir de contrôle faible (Burger, 1985).

Dans le domaine de la santé, certaines études préliminaires montrent l'importance du désir de contrôle. Au niveau de la santé psychologique, les sujets ayant un désir de contrôle élevé montrent moins d'anxiété (Santos & Burger, 1988; Schonbach, 1990; Thompson, cité dans Burger 1992a) que les sujets ayant un faible désir de contrôle. On a retrouvé également des corrélations positives entre le désir de contrôle et un affect positif (Burger, 1992a). Burger, McWard et La Torre (1989) ont montré que les sujets ayant un désir de contrôle élevé ont recours à de meilleures stratégies de coping face au stress que les sujets ayant un faible désir de contrôle.

Burger (1992a) émet l'hypothèse que les personnes ayant un désir de contrôle élevé sont plus motivées à prendre les moyens nécessaires pour se garder en bonne santé physique que les sujets ayant un désir de contrôle faible. Les études à ce sujet sont peu nombreuses, mais les données préliminaires tendent à supporter cette hypothèse. Par exemple, les sujets ayant un désir de contrôle élevé passent plus de temps dans des activités sportives organisées et ont moins tendance à faire de l'embonpoint que les sujets ayant un désir de contrôle faible (Burger, 1992a). Dans une autre étude (Santos & Burger, 1988), le désir de contrôle était corrélé positivement à des comportements favorisant la santé et à de saines habitudes de vie.

Face à une situation où ils doivent perdre du poids pour leur santé, les personnes ayant un désir de contrôle élevé auraient donc tendance à se prendre en main plus facilement et à réussir. Le désir de contrôle pourrait expliquer en partie les succès mitigés d'un traitement lorsque les gens "n'ont pas le choix", lorsque le traitement n'est pas décidé d'eux-mêmes. En ce sens, le désir de contrôle jouerait

le rôle de variable modératrice (non pas médiatrice, voir Baron & Kenny, 1986) dans le succès du traitement.

Lorsqu'un patient est référé par son médecin pour perdre du poids, il faudrait donc s'attendre à ce que son désir de contrôle soit une variable modératrice de l'efficacité du traitement, c.-à-d. que le désir de contrôle interagirait avec le fait d'être référé pour déterminer l'efficacité du traitement. Le modèle théorique de la présente étude examinera cette interaction entre le désir de contrôle et le fait d'être référé sur la perte de poids selon un plan de recherche de type ATI ("aptitude by treatment interaction") (Pedhazur, 1982).

## Méthode

### Sujets

L'étude a été réalisée auprès de 93 sujets (80 femmes et 13 hommes) âgés entre 13 et 71 ans recueillis dans différentes cliniques médicales de la région Mauricie-Bois-Francis. Ces individus participaient à un programme diététique (régime aux protéines liquides à 500 calories/jour et suppléments de vitamines appropriées). L'échantillon a été divisé en deux groupes, selon que les sujets avaient décidé seuls d'entreprendre la diète (n=64, 54 femmes, 10 hommes) ou selon qu'ils avaient été référés par un intervenant de la santé (n=29, 26 femmes, 3 hommes).

### Mesures utilisées

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

Le deuxième questionnaire, le *Désir de Contrôle* (Burger & Cooper, 1979), est constitué de 20 énoncés et mesure le désir de contrôle 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 (ex. "J'aime prendre mes propres décisions."). Comme pour la version originale américaine, la version française de l'échelle de désir de contrôle (Alain, 1989) présente des qualités métrologiques semblables à la version américaine (ex., alpha de Cronbach de .70).

### Déroulement

Une enveloppe préaffranchie, contenant les deux questionnaires, a été remise directement aux participants par le biais des médecins traitant l'obésité. C'est sur le questionnaire d'informations générales que les sujets indiquaient s'ils étaient référés ou non. Certains patients ont reçu le questionnaire du médecin tout de suite au début de l'étude, d'autres en cours de route et d'autres vers la fin de

l'étude. Il s'est avéré difficile de maintenir une procédure systématique pour toutes sortes de raisons hors de notre contrôle. Toutefois, cette façon de procéder était la même pour les deux groupes. Au total 93 sujets ont complété les questionnaires. Comme ce sont les médecins qui remettaient les questionnaires aux patients, le taux de refus de participer était minime selon eux. Le nombre de livres perdues fut vérifiées auprès des cliniques après environ 12 semaines de diète.

### Résultats

Le nombre de livres à perdre était déterminé par le médecin selon les tables de poids idéal établies en fonction du sexe et de la grandeur du patient. Les patients référés avaient en moyenne 38.79 livres à perdre contre 34.18 pour les patients non référés ( $t(91) = 1.09$ , n.s.). Les patients référés étaient plus âgés ( $M = 48.69$ ) que les patients non référés ( $M = 39.55$ ) ( $t(91) = 3.23$ ,  $p < .01$ ).

Etant donné que le nombre de livres perdues dans une diète peut être influencé par la quantité de livres à perdre (les personnes plus obèses pouvant perdre plus de livres), un indice reflétant l'objectif initial du sujet a été construit en divisant le nombre de livres perdues par le nombre de livres à perdre (selon le médecin) et en multipliant par cent. 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 plus facilement la comparaison inter-sujets. Les patients référés ont généralement moins bien atteint leur objectif de perte de poids ( $M = 44.64\%$ ) que les patients non référés ( $M = 68.76\%$ ) ( $t(91) = 2.27$ ,  $p < .05$ ).

Le plan de recherche utilisé constitue un plan ATI, c.-à-d. un plan aptitude par traitement (Pedhazur, 1982). Dans un tel cas, il faut examiner l'interaction entre la variable de personnalité et le traitement reçu. De fait, l'hypothèse du désir de contrôle comme variable modératrice est basée sur l'interaction entre le désir de contrôle et le fait d'être référé ou non. Une régression multiple de type hiérarchique a donc été effectuée sur la réalisation de l'objectif initial (le pourcentage de livres perdues). Le sexe des sujets, leur âge, le nombre de semaines de traitement, le nombre de fois qu'ils avaient déjà suivi un tel régime ont d'abord été entrés dans l'équation de régression, suivi du désir de contrôle, du fait d'être référé ou non et de l'interaction entre ces deux derniers. 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.

Tableau 1

Régression multiple hiérarchique des variables prédictives sur l'objectif de perte de poids

Variables	B	ET B	t	Chgt du R <sup>2</sup>
Sexe des répondants	26.45	17.45	1.52	
N. de régimes tentés avant	12.87	9.91	1.30	
Age des répondants	-1.14	.49	2.32*	
N. de semaines du traitement	5.87	2.37	2.47**	.1707
Désir de contrôle	14.51	9.79	< 1	.1711
Référés (oui ou non)	117.77	52.03	2.26*	.1784
Désir X Référés	-26.13	12.26	2.13*	.2313
(Constante)	-67.97			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

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. C'est souvent ce qui se produit en présence d'une variable modératrice. On note un effet principal du facteur référence. La direction du coefficient de régression (étant donné le codage "dummy" utilisé) révèle que dans l'ensemble, les répondants non-référés 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.

Suite à l'interaction significative, deux régressions multiples ont été exécutées séparément pour les personnes référées et pour les non-référés en incluant les mêmes prédicteurs que précédemment. Le Tableau 2 présente les résultats de ces deux analyses.

**Tableau 2**

*Régression multiple hiérarchique des variables prédictives sur l'objectif de perte de poids pour les deux groupes séparément*

Variables	Groupe Référé		
	B	ET B	Beta t
Sexe des répondants	35.03	13.25	.43 2.64**
N. de régimes tentés avant	-8.30	6.98	-.19 1.19
Age des répondants	0.01	.29	.01 < 1
N. de semaines du traitement	2.65	1.64	.25 1.62
Désir de contrôle	13.86	4.02	.55 3.44**
(Constante)	-67.97		

Variables	Groupe Non Référé		
	B	ET B	Beta t
Sexe des répondants	35.96	24.40	.21 1.47
N. de régimes tentés avant	27.00	14.35	.26 1.88
Age des répondants	-2.07	.76	-.37 2.71***
N. de semaines du traitement	8.65	3.61	.36 2.40*
Désir de contrôle	-11.32	8.81	-.17 1.28
(Constante)	24.14		

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Chez les sujets référés, les variables expliquent au total 55% de la variance ( $F(5, 19) = 4.73, p < .01$ ). Parmi les variables contrôlées, seul le sexe des sujets s'avère un prédicteur de la perte de poids, les femmes atteignant plus facilement leur objectif que les hommes. Le Tableau 2 révèle toute l'importance du désir de contrôle. Plus les sujets référés avaient un désir de contrôle élevé, plus ils ont réussi à perdre du poids.

Chez les sujets non-référés, les variables expliquent au total 26% de la variance ( $F(5, 43) = 3.03, p < .05$ ). Dans ce cas-ci, ce sont l'âge et le nombre de se-

maines du traitement qui prédisent le plus la perte de poids. Le désir de contrôle ne s'avère pas significatif pour ce sous-groupe.

**Discussion**

L'hypothèse avancée par la présente recherche examinait le rôle modérateur du désir de contrôle sur la perte de poids. Les analyses présentées supportent cette hypothèse. Le désir de contrôle s'est avéré un prédicteur de la perte de poids pour l'individu référé.

Comme Pauzé (1983) le suggère, le fait d'être référé cause certaines difficultés pour l'efficacité du traitement de l'obésité. 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, leurs 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. Or, la personne qui a un désir de contrôle élevé veut jouer un rôle dans les décisions qui la concernent. Si on lui permet de se prendre en main, elle réussira plus facilement. De façon similaire, Cromwell, Butterfield, Broyfield et Curry (1977) ont aussi remarqué une plus grande conformité au traitement médical lorsqu'on rendait le patient actif dans son traitement.

Sans avoir mesuré le désir de contrôle, plusieurs études ont indiqué que la perception de contrôle élevée peut jouer un rôle important pour faciliter l'adhérence à un traitement (Collins & Hoyt, 1972; Klemp & Rodin, 1976; Schorr & Rodin, 1982). Les avis médicaux et les changements à apporter au style de vie des individus sont suivis plus rigoureusement et maintenus plus longtemps chez ceux qui ont une perception de contrôle élevée (Strickland, 1978; Wallston, Wallston, Smith, & Dabbins, 1987). Pour les personnes qui ont déjà un désir de contrôle élevé, ce sentiment de contrôle est peut-être "presqu'automatique". Donc, l'intervenant aurait besoin de moins d'effort pour les motiver à se sentir en contrôle. Cependant, c'est du côté des personnes qui ont un faible désir de contrôle que l'intervenant devra intensifier ses efforts pour les amener à vouloir exercer un contrôle sur leur situation.

Pour le sujet qui initie lui-même un traitement, le désir de contrôle n'a pas d'influence sur la perte de poids. Puisqu'il a décidé de lui-même de s'engager dans le traitement, d'autres motivations soutiennent alors ses agissements. L'explication n'est peut-être que méthodologique. Par exemple, les personnes qui décident d'elles-mêmes de perdre du poids se ressemblent peut-être beaucoup sur leur désir de contrôle, de sorte qu'il n'y a pratiquement pas de variance à expliquer.

Il convient toutefois d'être conscient des limites de la présente étude. D'abord, l'échantillon était composé en majorité de femmes. Même si la proportion d'hommes et de femmes de l'échantillon est le reflet de la réalité (beaucoup plus

de femmes consultent pour des problèmes de poids), il serait pertinent de vérifier le rôle du désir de contrôle avec un plus grand nombre de sujets masculins. De même, étant donné la nature corrélationnelle de cette étude, il faut user de prudence également dans l'interprétation des résultats, certaines variables ayant pu influencer différemment les résultats obtenus.

Le fait d'avoir obtenu du succès à perdre du poids peut avoir modifié les sentiments et le désir de contrôle des patients. Toutefois, bon nombre de patients ont répondu au questionnaire de contrôle au début de leur traitement, d'autres en milieu et d'autres vers la fin, indépendamment du fait d'être référés ou non. Pour davantage éliminer une telle alternative, il aurait fallu s'assurer que les médecins procédaient exactement de la même façon pour tout le monde. Il s'agit d'un problème méthodologique à surveiller pour les recherches futures.

Il aurait peut-être 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. Dans un certain sens, cela supporte l'idée de Burger (1992a) mentionnée précédemment que les personnes ayant un désir de contrôle élevé sont plus susceptibles de se prendre en main pour se maintenir en bonne santé.

La relation du médecin avec les patients est une variable qui n'a pas été suffisamment contrôlée. Les encouragements que le médecin pouvait donner n'étaient pas forcément les mêmes pour tous les sujets. De par l'absence de signes spécifiques, les patients pouvaient être amenés à se sentir plus ou moins "responsables" et en contrôle du succès de leur traitement. Souvent, les médecins estiment que les patients référés ont plus de difficulté à perdre du poids (Pauze, 1983). Peut-être ne s'attendent-ils pas alors à un haut taux de succès avec eux et communiquent-ils subtilement ces attentes à leurs patients (Rosenthal & Rubin, 1978)? Malgré cela peut-être, certains patients référés (ceux ayant un désir de contrôle élevé) ont quand même réussi à perdre du poids.

Pour vraiment éliminer le plus d'hypothèses alternatives possible, il faudrait utiliser un plan expérimental plutôt que corrélationnel. Par exemple, après avoir identifié des sujets élevés ou faibles sur le désir de contrôle, on pourrait les répartir au hasard entre un groupe recevant le traitement et l'autre en liste d'attente (ou introduire un traitement placebo, etc.), en s'assurant d'une procédure très systématique. De cette façon, on pourrait mieux déterminer l'importance du désir de contrôle dans l'efficacité du traitement.

Malgré les limites de la présente étude, elle tend à démontrer le rôle modérateur que peut tenir le désir de contrôle pour augmenter les chances de succès d'un traitement. Il serait intéressant d'examiner les applications de cette approche à d'autres situations. Les situations dans lesquelles les gens "doivent" s'engager un jour et persister pour obtenir un certain effet sont nombreuses. Certains vont entreprendre un entraînement de mise en forme qui demande un effort de longue haleine. On note dans ce domaine des taux d'abandon très élevés. Ceux qui persistent ont peut-être un désir de contrôle très élevé. Une intervention auprès des

autres susceptibles d'abandonner pourrait s'avérer efficace si elle se centre sur le sentiment de contrôle de ces personnes. De même, il y a certainement des similitudes entre les gens qui entreprennent une psychothérapie (d'eux-mêmes ou en étant référés) et ceux qui entreprennent un traitement pour perdre du poids. Ainsi, le désir de contrôle peut s'avérer une dimension importante à considérer dans le traitement et devrait retenir l'attention de l'intervenant. Une approche tenant compte des caractéristiques propres à l'individu aurait ainsi de meilleures chances de succès.

## Références

- Alain, M. (1989). L'échelle de désir de contrôle. Manuscrit inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *The Psychologist*, 2, 411-424.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- 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., & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. *Motivation and Emotion*, 3, 381-393.
- Burger, J. M. (1985). Desire for control and achievement-related behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1520-1533.
- Burger, J. M. (1992a). *Desire for Control: Personality, social and clinical perspectives*. New York: Plenum.
- Burger, J. M. (1992b). Desire for control and academic performance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24, 147-155.
- Burger, J. M., Mcward, J., & Latorre, D. (1989). Boundaries of self-control: Relinquishing control over aversive events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 209-221.
- 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.
- Cromwell, R. L., Butterfield, E. C., Broyfield, F. M., & Curry, J. J. (1977). *Acute myocardial infarction: Reaction and recovery*. St Louis, MO: Mosby.
- Dolce, J. J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 289-299.
- Evans, G. W., Shapiro, D. H., & Lewis, A. L. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. *British Journal of Psychology*, 84, 255-273.
- Ferguson, E., Dadds, A., Ng, L., & Flannigan, H. (1994). Perceived control: Distinct but related levels of analysis? *Personality and Individual Differences*, 16, 425-432.
- Johnson, J. E. (1983). Psychological interventions and coping with surgery. Dans A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Éds), *Handbook of Psychology and Health* (vol. 4). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Karasek, R. (1989). Control in the workplace and its health related impacts. Dans S. L. Sauter, J. J. Hurrell, & C. L. Cooper (Éds), *Job Control and Worker Health*. Wiley: New York.

- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlborn, 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.
- Klemp, C. 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.
- Kristeller, J. L., & Rodin, J. (1989). A three-stage Model of treatment Continuity: Compliance, Adherence, and Maintenance. Dans A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds), *Handbook of psychology and health* (vol. 4), pp. 85-112. New York: McGraw-Hill.
- Langer, E. J., Janis, I. L., & Wolfer, J. (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology, 11*, 155-165.
- Pauzé, R. (1983). *Obésité et environnement*. Montréal: Éditions Agence d'Arc.
- Pedhazur, E. J. (1982). *Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction* (2<sup>e</sup> Éd.). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- 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.
- 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.
- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1978). Interpersonal expectancy effects: The first 345 studies. *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 377-415.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., and 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.
- Santos, M. D., & Burger, J. M. (1988). Desire for control and health. Paper presented at the annual meeting of the Western Psychological Association, Burlingame, CA.
- Schonbach, P. (1990). *Account episodes: The management or escalation of conflict*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schor, D., & Rodin, J. (1982). The role of perceived control in practitioner-patient relationships. Dans J. Wills, (Éd.), *Basic processes in helping relationships*. New York: Academic Press.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schwarzer (Ed), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 88-126). Washington: Hemisphere.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1192-1211.
- 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.
- 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.
- 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.
- Wong, P. T. P. (1992). Guest Editorial: Control is a doubled-edged sword. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 24*, 143-146.

### Abstract

Two types of people will consult a specialist for their weight problem (Pauzé, 1983). Some consult by themselves, others are referred by their physician. Usually, the first type are more motivated to lose weight than the second and tend to succeed more often. Why don't referred patients succeed as much as patients who initiate treatment on their own? Burger's (1992a) desire for control might help understand such differences. People differ according to their desire for control: some want to control every aspects of their life, while others prefer to relinquish that control to others around them. We examined, in an aptitude by treatment interaction design (ATI) (Pedhazur, 1982), the relationship between desire for control and patients who decided on their own to go through a liquid protein diet at a weight control clinic vs. those who were referred by their own family physician. The hypothesis was that desire for control would serve as a moderator variable for referred patients. Data gathered from about one hundred patients supported this significant interaction between desire for control and type of referral (self vs. physician). Discussion of results focuses on the importance of this personality variable in similar contexts.