



UNIVERSITE D'ANGERS
Faculté des Lettres, Langues et Sciences

Humaines

Département de psychologie

LIEU DE CONTROLE ET DEPRESSION :
LE CAS DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

Mémoire présenté pour le Master 1 Sciences Humaines et Sociales

Mention psychologie

Par Thomas Gimenes

Sous la direction de Sandrine Gaymard

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) EA 4638

UBL (Universités Bretagne – Pays de la Loire)

ANGERS, JUILLET 2016



UNIVERSITE D'ANGERS
Faculté des Lettres, Langues et Sciences
Humaines

Département de psychologie

LIEU DE CONTROLE ET DEPRESSION :
LE CAS DES PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

Mémoire présenté pour le Master 1 Sciences Humaines et Sociales

Mention psychologie

Par Thomas Gimenes

Sous la direction de Sandrine Gaymard

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) EA 4638

UBL (Universités Bretagne – Pays de la Loire)

ANGERS, JUILLET 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier inéluctablement Mme LAFARGE Sarah, pour son encadrement, ses encouragements et ses conseils tout au long de mon stage. Je la remercie également de m'avoir laissé être acteur durant mon stage au sein de cet établissement : cette expérience n'a été que bénéfique. Je la remercie particulièrement pour l'offre qu'elle m'a proposé, de revenir au sein de cet établissement pour réaliser un stage plus long.

Je remercie tout autant les autres stagiaires psychologues que j'ai pu rencontrer sur la structure : Marie, Céline, Anne-Lise, Floriane, Jade et Aurore, qui réciproquement m'ont accompagné et soutenu tout au long de mon expérience. Je leur suis également reconnaissant de la bonne humeur et de l'énergie qu'elles ont apporté et leur souhaite de tout cœur de réussir leurs objectifs professionnels.

Merci également au reste de l'équipe soignante, administrative et la direction de l'EHPAD ORPEA Crampel, pour leur accueil, leur sympathie et leur présence. Merci aux résidents d'avoir collaboré et souvent avec entrain aux ateliers que je proposais, et pour leurs encouragements pour ma poursuite d'étude

Mes remerciements à mes amis qui ont sûrement dû me « supporter » durant la rédaction de ce mémoire, ne pouvant pas être très disponibles pour eux, malgré les quelques compréhensifs.

Enfin, je remercie ma directrice de mémoire, Madame Sandrine Gaymard, pour l'aide apportée, sa réactivité et son implication au regard de mon stage, ainsi que ses observations concernant mon mémoire. Et ce, malgré la distance entre mon lieu de stage et l'université d'Angers.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) **Thomas GIMENES**,

déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :



Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Locus of control et psychopathologies	2
I.1. LA NOTION DE CONTROLE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE	2
I.1.A. La perception d'un lieu de contrôle	2
I.1.B. Contrôle et personnalité, la question du Locus of control	4
I.1.C. Le Locus of Control et ses mesures	5
I.1.D. L'explication causale des renforcements : une forte tendance à l'internalité	7
I.2. LIEU DE CONTROLE ET SANTE : Le cas de la dépression	9
I.2.A. LE SYNDROME DéPRESSIF, Quels facteurs PRECIPITANTS ?	9
I.2.B. CONSEQUENCES ET TRAITEMENTS DU SYNDROME DEPRESSIF	11
I.3. PERCEPTION DU CONTROLE ET PERSONNES VULNERABLES AUX PSYCHOPATHOLOGIES : LE CAS DE LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION	12
II. Méthode	15
2.1. PARTICIPANTS	15
2.2. MATERIEL	15
2.3. PROCEDURE	16
III. Résultats	17
3.1. IDENTIFICATION DES SCORES D'INTERNALITE ET DE DEPRESSION CHEZ LE RESIDENT EN EHPAD	17
3.1.1. Scores concernant l'échelle hiérarchique d'internalité pour la personne âgée	17
3.1.2. Scores de dépression	18
3.1.3. Comparaison des scores de dépression chez la personne âgée en fonction de leur lieu de contrôle	19
3.2. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « AGE » ..	20
3.3. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « ANCIENNETE »	22
3.4. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « SOUTIEN SOCIAL PERÇU »	23
3.5. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « SEXE »	23

IV. Discussion	25
4.1. <i>DISCUSSION : L'INSTITUTION, UNE INCIDENCE SUR LA PERCEPTION D'UN LIEU DE CONTROLE CHEZ LA PERSONNE AGEE ?</i>	25
4.1.1. <i>L'internalité en EHPAD</i>	25
4.1.2 <i>Variables dispositionnelles</i>	26
4.1.3. <i>Externalité et Dépression</i>	27
4.2. <i>LIMITES LIEES A LA RECHERCHE</i>	28
Conclusion.....	31
Bibliographie.....	32

INTRODUCTION

La psychologie sociale s'attache à étudier les comportements de chacun en société et l'effet de la société sur les sujets sociaux. En effet, partant du postulat que chaque individu est un être social : plus précisément, il est immergé dès sa naissance dans un environnement social lui inculquant normes, représentations sociales, codes sociaux, etc.... qui lui permettront de s'intégrer au mieux à ce monde. L'intérêt de cette immersion sociale sera également de fournir des bases de comportements sociaux favorisant ainsi son insertion et in fine son adaptation auprès des autres êtres sociaux. Il est généralement utile d'avoir un impact sur son contexte de vie afin d'en modifier les dynamiques, en régulant ses comportements, en jouant sur le plan des relations sociales, pour que cet environnement concorde davantage avec nos attentes personnelles. En revanche, nous pouvons rencontrer plus de complications, lorsque nous essayons de maîtriser la part d'influence que la société (du moins les facteurs et agents sociaux), détient sur nos propres comportements et attitudes.

Nous sommes baignés dans une sorte de moule social, inscrit dans notre histoire personnelle, donc intégré à notre mode habituel de fonctionnement. Chercher à nier cette influence, serait comme revoir toute notre biographie, les codes qui nous ont formé, et les valeurs qui ont dirigé notre vie jusque là. D'autre part, des phénomènes d'influence sont présents en permanence, nous poussant à agir de telle sorte ou bien d'une autre, sans que l'on prenne en considération, la part de « décision » que la société, et les Autres peuvent avoir sur nous. Sous certains aspects, ce serait comme si l'on subissait ce qui nous arrive, dans notre environnement social, avec une part (peut-être d'illusion) de liberté. Au regard de l'environnement social dans lequel nous évoluons, il peut donc s'avérer compliqué de bénéficier d'une part intégrale d'action et de prise de décision : nos relations aux différents objets est toujours médiée par un autrui.

Rodin disait en 1986 que « percevoir une situation comme contrôlable est une appréciation subjective qui consiste à penser que l'on peut décider et agir face à cette situation de façon à en modifier le résultat. » (Rodin, pp. 1271). Ce qui est mis en évidence ici, c'est que la perception de liberté, le détachement de l'exercice de la pression et de l'influence sociale, ne sont que purement subjectifs : nous ne sommes libres dans nos comportements, nos jugements et raisonnements que si nous le percevons comme tel. Nous souhaitons en permanence être libres, et avoir du pouvoir sur les objets qui nous entourent : cette sensation est globalement

rassurante et satisfaisante, car elle rend compte de notre pouvoir de prendre en main « le cours de nos vies », d'en être responsables.

Le champ de la psychologie sociale porte une attention particulière à ce concept de contrôle, auquel chaque être social est sujet, dans la mesure où il peut réellement avoir un impact sur nos modes de fonctionnement, mais tout autant sur notre santé. En effet, ne pas percevoir de contrôle peut être préjudiciable pour une personne qui vit cette situation comme un manque, comme un inconfort, et devenir anxiogène, voire favorable aux troubles psychopathologiques. C'est pourquoi la psychologie clinique « défend » également sa place autour de l'étude du contrôle chez les individus.

Ainsi, associant un point de vue social et clinique-pathologique, ce travail de recherche procurera un double aperçu de la notion de contrôle. Regard non-exhaustif, certes, mais ayant son intérêt dans la mesure où malgré des bases différentes : l'une centrée sur le sujet, l'autre sur le sujet dans un contexte ; ces deux bases se rejoignent. Il sera alors intéressant de porter un regard sur l'effet que peut avoir la perception du contrôle sur la santé, et peut être même, sur la manière dont la santé psychologique joue un rôle sur la perception individuelle du contrôle.

I. LOCUS OF CONTROL ET PSYCHOPATHOLOGIES

I.1. LA NOTION DE CONTROLE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE.

I.1.A. LA PERCEPTION D'UN LIEU DE CONTROLE.

Avant de nous intéresser au concept de Locus of Control, il est d'usage d'étudier la notion de contrôle, plus générale, nous permettant au mieux de comprendre les enjeux et les spécificités du concept de LOC. En effet, Julian Rotter, psychologue américain spécialisé en psychologie sociale, postule en 1954 que « la probabilité de voir apparaître un comportement chez une personne donnée est déterminée, non seulement par l'importance des buts ou des **renforcements**, mais aussi par l'anticipation ou l'expectation par la personne de l'atteinte de ces buts. » (Rotter, 1954, p. 107). Autrement dit, un comportement X ou Y émergera chez cet individu selon ce à quoi il s'attend : l'expectation des conséquences, la perception des gains ou des pertes (renforcements) et l'intérêt trouvé aux buts, prédisposent à l'action ou à l'absence d'action.

De plus, certains auteurs s'accordent sur le fait que ces conséquences peuvent être anticipées de différentes manières, notamment selon le type de responsabilité perçue. Le fait est, que l'individu peut faire le lien entre ses propres capacités et les conséquences obtenues (on parlerait de perception de contrôle interne) d'une part ; ou bien, identifier une force incontrôlable -sociale, ou mystique par exemple- comme étant à l'origine de la production des événements, d'autre part (on parlerait alors d'une perception de contrôle externe). A ce sujet, Levenson (1981), mentionne que l'élaboration du contrôle interne-externe, a été conçue comme une attente **généralisée** de percevoir un **renforcement** soit comme dépendant de son propre comportement (contrôle interne) ou comme le résultat de forces qu'il ne contrôle pas qui sont dues à la chance, le destin ou autres tout-puissants (contrôle externe). Cela rejoint l'idée de Rotter, selon laquelle l'élaboration d'un type de contrôle amènera une expectation, qui amènera à son tour un comportement. En somme, le type de contrôle perçu sur les renforcements et les événements, est responsable du comportement émis.

Généralement, les individus surévaluent leur capacité de contrôle sur l'environnement et les renforcements, les poussant ainsi à estimer un degré de contrôle bien supérieur au contrôle réel exercé sur la situation. Sur le modèle d'un mécanisme de défense, cette action psychique s'avère bénéfique pour l'individu. En effet, nous apprenons dès l'enfance à être impuissant, ou du moins, à être confronté à notre impuissance (Seligman et al., 1975) : la recherche de notre subjectivité dans les événements vient ainsi pallier à cet inconfort et vient redonner une place à l'individu dans les événements advenant. Il (le sujet) a besoin en permanence, de recréer un lien entre ce qui lui arrive et lui-même. C'est pourquoi bien souvent, la perception d'un contrôle interne prime sur la perception d'un contrôle externe, aussi bien sur le plan personnel (évaluation de ses propres comportements) que social (évaluation des comportements d'autrui, et de sa part de responsabilité dans les événements).

Cette évaluation permettra au sujet de constater in fine, sa part de responsabilité sur les renforcements (positifs et négatifs) perçus et obtenus : est-ce qu'il aura tendance à les assimiler davantage à ses propres actions, ou alors à les imputer à l'action d'autrui, ou à une force incontrôlable,... ? C'est en ce sens que la question du Locus of Control est soulevée : comment est perçue l'origine des renforcements par le sujet ? En quoi cette perception aura une incidence sur ses comportements ?

I.1.B. CONTROLE ET PERSONNALITE, LA QUESTION DU LOCUS OF CONTROL.

Ce type de perception de contrôle des renforcements ne dépend pas uniquement de la situation en elle-même. En effet, d'après les recherches de Rotter et Levenson autour de la notion de contrôle, il est apparu que les expectations pouvaient être intimement liées à la personnalité des individus. Le fait est que certaines personnes auront une tendance générale à lier l'obtention d'un renforcement à leur comportement ; tandis que d'autres ne verront pas la survenue d'un renforcement comme étant le résultat de leur propre exercice. C'est ce que Rotter nomme en 1975, le Locus of Control (ou LOC). A ce propos, l'auteur mentionne l'idée d'une « variable de la personnalité », il y aurait selon lui une disposition propre à chaque individu, à percevoir les renforcements comme étant ou non le résultat de son action. Certains seraient plus enclin, à se porter responsables quant au renforcement survenu (LOC interne), tandis que d'autres imputeraient ce même renforcement à l'action d'une force extérieure non-maitrisée voire non-maîtrisable (LOC externe).

Il est important de souligner également, que la perception du lien entre le comportement du sujet et le renforcement, se fait en amont de l'événement. L'expectation de la perception de contrôle est préalable au renforcement obtenu, et est donc indépendante de ce dernier. Tel que nous avons pu le voir précédemment, chaque sujet est habitué tout au long de sa vie à percevoir un lien ou non entre les événements de vie auxquels il est confronté, de telle sorte que ce raisonnement devienne habituel, et *in fine* une disposition générale.

Ainsi, la frontière est mince entre ce concept de LOC et celui d'attribution causale : la perception de cette dernière résulte de l'événement advenu, tandis que le premier constitue une disposition (donc *a priori*) à définir un type d'attribution aux renforcements perçus. Cela explique également que l'on parle de LOC comme étant une variable de la personnalité de chaque individu. Chacun développe une tendance à percevoir un contrôle interne ou externe de manière générale, bien que cela puisse s'ajuster en fonction des situations.

Il est évident, par conséquent, que toute situation nécessitera une adaptation particulière (Lazarus et Folkman (1984)), notamment en termes de contrôle, c'est pourquoi avec les avancées dans le milieu de la recherche en psychologie sociale, les chercheurs se sont penchés sur la perception du contrôle dans des domaines en particulier.

I.1.C. LE LOCUS OF CONTROL ET SES MESURES.

A la suite de la parution de Rotter (1975) autour du concept de Locus of Control, plusieurs échelles ont vu le jour, s'axant ainsi sur des domaines, ainsi que des populations davantage spécifiques, et distincts les uns des autres. Le fait est que les distinctions que l'on peut faire entre les individus et les situations, sont apparues comme étant une évidence : il s'avère compliqué de mesurer une variable de la personnalité, sujette à autant de flexibilité dans le temps et l'environnement. La perception du contrôle des renforcements, est certes, la conséquence d'expériences vécues et intégrées au fonctionnement général du sujet ; mais d'un autre côté, il semble logique que ce type de perception soit modulable. C'est pourquoi *a fortiori*, des échelles spécifiques ont été développées, fonction des situations dans lesquelles la perception du contrôle peut s'imposer.

D'ailleurs, au regard des niveaux d'analyse en psychologie sociale mentionnés par W. Doise (1982), nous pouvons constater, que concernant une seule et même situation sociale, plusieurs axes d'approche peuvent être étudiés. Et cela est applicable pour expliquer le type de LOC manifesté par les individus. Par cette pluralité, nous pouvons comprendre comment les perceptions de type de contrôle peuvent diverger d'un individu à l'autre : qu'il s'agisse du point de vue intra-individuel (sentiment d'efficacité personnel, jugements, expériences antérieures) ; du niveau interindividuel (environnement social) ; du niveau positionnel (le statut social et professionnel) ou du niveau idéologique (normes sociales relatives aux valeurs et croyances rencontrées dans la société, représentations sociales), ce sont autant de points de vue, amenant à comprendre et expliquer le LOC sous divers angles selon les situations et les sujets. Plusieurs éléments se doivent d'être pris en compte lorsque le LOC est mesuré, et c'est ce qu'ont cherché à faire les auteurs, dans la continuité de Rotter.

En outre, hormis ce besoin de diversifier les axes d'approche constitués par l'échelle de Rotter, les chercheurs ont également souhaité reprendre les échelles initiales, afin d'en réaliser des outils considérés comme « plus fiables », et plus pertinents, dans l'étude du LOC. Initialement, développé par Phares (1955), l'outil d'évaluation de contrôle perçu a été réalisé dans le but de définir des profils concrets en terme de perception de contrôle, s'appliquant à un large éventail de situations (non spécifiques), et mettant en avant une tendance générale dans le mode de fonctionnement des sujets. Il mettait ainsi en exergue les différences interindividuelles en matière de contrôle perçu. Jugé comme étant trop vulnérable à la désirabilité sociale, son échelle a par la suite été remaniée par James (1957), notamment afin de pallier à ce biais et

rendre cet outil plus fiable, en y ajoutant des items de remplissage. L'objet d'étude de cette échelle fut ainsi moins « flagrant » qu'au préalable pour les participants.

Julian Rotter, auteur emblématique au sujet du Locus of Control a lui aussi ajouté sa pierre à l'édifice en 1966. Celui-ci a conservé les items palliant à la désirabilité sociale, tout en recherchant un moyen d'administration facile, accessible à tous, ainsi qu'une évaluation à caractère général. Malgré une validation globale de son outil, bon nombre de critiques lui ont été faites concernant ce dernier point, d'où la conception d'échelles spécifiques développées par la suite. C'est le cas notamment de Palenzuela (1984), reprochant à Rotter un manque de pertinence dans les items choisis (il y aurait des concepts parallèles étudiés dans son échelle, à défaut du LOC : notamment le sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1977) et l'impuissance apprise (Seligman, 1975). D'après Nowicki & Duke (1974), il y aurait dans l'échelle de Rotter un manque de clarté dans les causes des renforcements survenus, les influences sociales, professionnelles, environnementales, qui ne seraient pas suffisamment prises en compte, dans la définition du type de perception de contrôle des renforcements.

Nous ne chercherons pas à établir une liste exhaustive des échelles existantes étant donné leur nombre trop important, mais il est intéressant de se pencher sur les différentes catégories d'échelles que l'on peut rencontrer à ce jour.

Quatre catégories peuvent être définies (Krampen, 1982) pouvant être croisées entre elles, et regroupées sous deux principales catégories : La dimensionnalité et l'étendue. Concernant cette première, nous pouvons distinguer les échelles s'appuyant sur le postulat que le LOC (interne ou externe) est une variable de la personnalité (échelles unidimensionnelles) ; des échelles ne considérant pas seulement le LOC comme intégré à la personnalité, mais imputant également la perception du contrôle des renforcements au sujet lui-même, aux autres, au hasard, etc... (échelles multidimensionnelles). D'une part, les échelles sont fondées sur le principe que le LOC est une caractéristique à part entière du fonctionnement psychologique du sujet, le score obtenu représenterait la présence (si interne) ou l'absence (si externe) d'un lien entre les croyances du sujet et ses comportements (Format I-E). C'est le cas par exemple de la *Nowicki-Strickland internal-external control scale* (Nowicki & Duke, 1983). D'autre part, les échelles multidimensionnelles permettraient d'obtenir un résultat définissant une tendance à l'internalité ou à l'externalité, dont les agents constituant ce contrôle pourraient aussi bien être des sujets sociaux, que le hasard, l'action d'une force supérieure, etc,... ce à quoi s'applique entre autre Lefcourt en 1982 proposant une échelle à trois facteurs, chacun étant un lieu de contrôle possible des renforcements.

D'autre part, le critère d'étendue regroupe deux sous-catégories d'échelles selon si elles s'appliquent à un domaine/une population en particulier, ou bien si l'approche est plus globale. On distingue ainsi, des échelles générales (comme celle de Rotter (1966)) se rapportant à des situations de renforcement très disparates, et grâce auxquelles plusieurs domaines/populations peuvent être étudiés sans changer d'outil. Le score définissant en conséquence, une tendance générale à l'internalité ou à l'externalité. En parallèle, tout comme la *Multidimensional health locus of control scale* (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), des échelles spécifiques ont été mises en place, permettant l'étude d'un domaine en particulier (le sport, la santé par exemple), ou d'une population particulière (enfants, personnes âgées, ...) : le score obtenu permet alors de définir l'internalité ou externalité pour la population ou le domaine concerné.

Ainsi, en fonction du cadre théorique employé (unidimensionnel vs multidimensionnel), et l'étendue d'évaluation du type de contrôle de renforcement perçu (général vs spécifique), quatre types d'échelles coexistent par effet de croisement. Par exemple, on peut retrouver des échelles multidimensionnelles générales ou encore unidimensionnelles spécifiques.

Il a été constaté précédemment que cette conception d'échelles est la conséquence d'une volonté de donner une fiabilité à la mesure du LOC ; mais également afin de cibler cette mesure jugée comme étant trop générale, donc imprécise. Néanmoins, l'élaboration de ces outils de mesure de Locus of Control a été motivée également par les exigences des circonstances sociales : le travail sur l'estime de soi des sujets en situation d'inconfort par exemple ; l'ouverture vers des axes de réussite dans les domaines scolaires, professionnels, sportifs ; ou encore la prévention des psychopathologies, etc...

I.I.D. L'EXPLICATION CAUSALE DES RENFORCEMENTS : UNE FORTE TENDANCE A L'INTERNALITE.

Ces outils développés avec l'avancée des recherches en psychologie sociale, ont su montrer que la question de la perception du contrôle dans les comportements et les renforcements, était une interrogation relativement complexe. Ils ont également pu mettre en exergue, si l'on porte un regard global, que les scores relevant de l'internalité étaient majoritaires (par rapport à l'externalité), lorsque les sujets sont évalués sur leurs propres aptitudes. Beauvois et al., en 1988, ont d'ailleurs soulevé l'idée d'une norme sociale, une norme dite « d'internalité » permettant d'expliquer ce phénomène. Le fait est, que dans notre société actuelle, notamment dans les milieux éducatifs et professionnels, il est d'usage d'expliquer la survenue des renforcements/événements, comme étant le résultat de ses propres

comportements, plutôt que le résultat d'un phénomène social, ou incontrôlable. Les explications internes des renforcements, sont valorisées socialement : jugement socialement appris, au détriment des explications externes.

La norme d'internalité résulte d'un phénomène de désirabilité sociale. Jellison & Green (1981) exposent par une expérience associant participants (répondant au questionnaire) et évaluateurs (valorisant ou dévalorisant les sujets selon leurs réponses), qu'une valeur supérieure est attribuée aux explications internes. Les évaluateurs ont évalué défavorablement les individus ne fournissant pas d'explications internes, au profit de ceux qui en fournissaient. La conclusion de cette étude a été démontrée par Beauvois par la suite : le développement d'explications internes, diffuse une image positive de soi.

Hormis la norme d'internalité, d'autres biais viennent entraver le jugement objectif dans la perception du contrôle des situations. Et ce, dans le but de préserver une image de soi confortable. Nous pouvons citer en l'occurrence le biais d'auto-complaisance (Miller & Ross, 1975) : d'après lequel la plupart des individus auront tendance à expliquer différemment leurs comportements et renforcements selon si cette explication valorise ou non leurs propres compétences : le but étant de se complaire et de se déresponsabiliser. En l'occurrence, la survenue d'un échec, sera davantage imputé à l'environnement social, au destin,...si l'explication dénigre leurs propres compétences. En revanche, si cet échec touche une personne tierce –qu'ils doivent juger-, les sujets tendront davantage à le tenir (lui-même) comme responsable de cet échec, et par conséquent, de ses actes. D'autre part, le biais d'auto-handicap (Leary & Shepperd, 1986), survient également dans le but du maintien de l'image de soi : celui-ci correspond à l'anticipation des causes internes ou externes d'un renforcement positif (réussite) ou négatif (échec), en amont de l'événement.

L'internalité apparaît alors comme un moyen de protection face aux contraintes de l'environnement, et surtout face aux événements perçus comme étant incontrôlables. L'Homme a besoin de ce sentiment de contrôle régulièrement, et de se sentir acteur de ses actes et de ce qui lui arrive. En somme, c'est préserver son image de soi afin de s'éviter un effondrement psychique. La question se pose alors autour de cet effondrement : que se passe-t-il lorsqu'un individu lambda n'a plus cette perception de contrôle sur les événements et les renforcements qui s'imposent à lui. Devient-il victime de son environnement et de lui-même ? Est-il considéré comme « marginal », du fait qu'il ne réponde plus à une norme sociale d'internalité ?

I.2. LIEU DE CONTROLE ET SANTE : Le cas de la dépression.

Les recherches au sujet du Locus of 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). Tel que nous l'avons abordé ci-dessus, le sentiment de contrôle octroie une position confortable et rassurante pour chacun, étant donné la part d'action et la responsabilité perçue dans les événements et les renforcements qui adviennent. Il y a donc un réel intérêt à avoir une perception interne du contrôle des renforcements, et à se sentir impliqué, aussi bien au quotidien qu'en termes de santé. Pour certaines personnes, ou à certaines périodes dans le cours de leur existence, cette perception de contrôle peut s'avérer trop faible voire absente, ce qui peut avoir pour conséquence d'être anxiogène, voire d'être à l'origine du développement de symptômes dépressifs : c'est pourquoi elles sont généralement évitées.

Bien qu'elle ne soit pas l'unique, ce sentiment de perte de contrôle peut être l'une des causes de l'apparition d'un syndrome dépressif chez un sujet ; ce qui peut être inféré par le fait qu'en redonnant au sujet une place d'acteur dans son environnement de vie, les symptômes dépressifs s'atténuent.

I.2.A. LE SYNDROME DEPRESSIF, QUELS FACTEURS PRECIPITANTS ?

Evidemment, il n'est pas aisé d'établir une liste exhaustive des causes précipitant les symptômes dépressifs ; d'autant plus qu'ils ne sont pas le fruit d'un seul facteur causal, mais d'un engrenage de facteurs. On note actuellement aussi bien des facteurs internes, qu'externes, d'ordre biologiques, sociaux et psychologiques (Evrard, 2014). Concernant ces premiers, il s'agit d'une « anomalie » sur le plan cérébral entraînant une perturbation au niveau des neurotransmetteurs, dans leur fabrication, leur fonctionnement et leur régulation ; ce qui a pour conséquence des effets somatiques tels que l'anxiété, la baisse d'énergie, les troubles du sommeil, etc... Par rapport aux facteurs sociaux impliqués dans le développement de symptômes dépressifs, on regroupe notamment les environnements menant à l'isolement social

(déménagement, déplacement professionnel,...), à une rupture sociale ou conjugale, vecteurs d'un stress excessif et incontrôlable, ou encore lorsque le sujet ne perçoit pas de la part de son entourage des attitudes protectrices, valorisantes,...

Du point de vue psychologique, plusieurs facteurs peuvent également être imputés à la dépression. Il peut, par exemple, y avoir eu un événement marquant dans l'histoire du sujet dont le vécu a été douloureux et non surmonté. La répétition de cet événement *in situ*, ou mentalement, peut devenir traumatique, et causer à la longue un effondrement psychique, étant donné l'impossibilité des défenses de pallier à cette souffrance. Sur la durée, les sentiments de perte, les conflits moraux et les atteintes à l'estime de soi, peuvent également conduire au développement de symptômes dépressifs. En effet, le sujet -qui en est victime-, voit ses propres aptitudes remises en doute, son intégrité demeure elle aussi fragilisée (perte de repères et d'appui sur lui-même ou sur son environnement), conduisant à un repli sur soi, une dénégation de soi-même ainsi qu'une altération (brutale ou progressive) de l'humeur : symptômes principaux de la dépression. D'autre part, c'est l'accumulation des jugements subjectifs erronés (incapacité, inutilité, incompétence, ...), des croyances négatives autour de ses propres capacités, qui peuvent conduire à la dépression : plus la dévalorisation est grande, plus l'ouverture au monde sera mince. Un repli sur soi, une modification pathologique de l'humeur, une anhédonie, entre autres, pourraient alors se manifester témoignant l'installation d'un syndrome dépressif.

Enfin, certaines caractéristiques de la personnalité, sans facteurs précipitants, peuvent accroître le risque de développer des symptômes dépressifs : la capacité à mettre en place des mécanismes de défense efficaces ; la qualité du fonctionnement émotionnel, intellectuel et relationnel de la personne ; le pessimisme,... sont autant de facteurs « favorisant » l'apparition des symptômes dépressifs. Certaines personnes demeurent par conséquent plus « vulnérables » à la dépression que d'autres, selon leur personnalité, leurs jugements et leur histoire de vie personnelle ; et ce, d'autant plus, s'ils ne font pas le lien entre ce qui leur arrive et leur propre comportement.

Majoritairement, ces différents facteurs, qu'ils soient d'ordre biologiques, sociaux ou psychologiques, incident le développement de symptômes présents dans le syndrome dépressif. Définie comme étant un trouble de l'humeur (CIM-10, 2006), ce syndrome regroupe quatre grands ensembles de symptômes : une altération dépressive de l'humeur (modification pathologique de la tristesse, de l'irritabilité ou de l'ennui) ; un ralentissement psychomoteur (trouble de la communication, mutisme, stupeur, catatonie, aréactivité) ; un désir de mort voire

des idées suicidaires (actives ou passives) ; des symptômes somatiques (troubles de l'appétit, du sommeil, asthénie). Ces symptômes constituent un engrenage au sein duquel le sujet est absorbé, pouvant le conduire à sa perte s'il persiste. En effet, une personne en situation de dépression (pathologique) trouvera dans le suicide, la seule solution pour échapper à sa souffrance. Elle a le sentiment de ne plus pouvoir contrôler ce qui lui arrive, ce qui s'impose à lui : la solution trouvée reste donc de laisser cette souffrance persister, ou de la fuir avant qu'elle ne devienne insoutenable. Pour éviter, ou du moins affaiblir, ce sentiment de soumission au monde, responsable de l'absence de perception de contrôle, des thérapies œuvrent en ce sens, afin de rendre de nouveau au sujet dépressif, sa part d'action sur sa vie.

I.2.B. CONSEQUENCES ET TRAITEMENTS DU SYNDROME DEPRESSIF.

Afin d'éviter et/ou de pallier aux conséquences que peuvent engendrer les symptômes associés au syndrome dépressif, des modes de traitements et thérapies ont été développées. En effet, si l'on s'en réfère au DSM-IV (1994) des comportements particuliers (mais non spécifiques à la dépression) ont pu être constatés, ayant un impact direct sur le mode de fonctionnement des individus concernés. En l'occurrence, on notera une sorte de retrait du sujet, face au monde qui l'entoure : l'incurie par exemple, la clinophilie ou le retrait social traduisent un refus d'entretien et de préservation du corps, un refus d'intégrer le monde social et spatial qui entoure le sujet, au profit d'un repli sur soi à tendance autodestructrice. L'indécision également, peut être l'une des caractéristiques du sujet dépressif, l'évitant ainsi de se positionner et de donner une cohérence entre ses choix et les événements qui adviennent. Dans cette même optique d'absence de lien perçu entre ses propres comportements et les renforcements obtenus, l'individu sujet à la dépression risque de développer une attitude relative à l'inertie et/ou l'apragmatisme. Deux attitudes témoignant d'un manque de perception de contrôle sur les événements, de la part du sujet dépressif. D'une part, un manque d'initiative, s'il n'y a aucune stimulation externe (sociale par exemple) ou vitale (alimentation, sommeil,...) : le sujet ne se sent pas responsable de ce qui lui arrive, et de la manière dont il peut diriger le cours de sa vie. D'autre part, un refus d'agir du fait d'une indignation, d'un sentiment d'incompétence perçu conduisant à une non-action, bien que l'action soit souhaitée elle-même initialement.

Les traitements et (psycho)thérapies proposés aux individus dépressifs viseront ainsi, à recréer un lien entre leur comportement et les renforcements obtenus, mais également à faire en sorte que chaque sujet constate un intérêt à se sentir acteur (Mirabel-Scarron, 2002). Evidemment, les traitements médicamenteux auront un impact direct sur le plan biologique : régulation et maintien du flux des neurotransmetteurs, réduction des symptômes, amélioration de la qualité du sommeil et de l'appétit,.... En parallèle, des thérapies peuvent être proposées aux patients : le thérapeute, généralement professionnel dans le domaine de la psychologie, aidera son patient à mettre des mots sur sa pathologie, sur les causes éventuelles, et les conséquences qu'elle a engendré. Cela permettra, entre autres, de donner du sens à cette souffrance, d'y mettre des mots dessus afin qu'il y ait une mise en écho, pour le sujet, de sa situation. D'autre part, les objectifs d'une thérapie iront également dans le sens d'une réduction des symptômes dépressifs, et de leurs conséquences ; d'une amélioration du cadre de vie ; d'une meilleure gestion des émotions, etc... La finalité est de rendre le sujet acteur de son bien-être, dès l'instant où il prend la décision de se faire accompagner : c'est en soi, l'aider à percevoir davantage les événements, et les renforcements comme étant le fruit de ses propres actions.

I.3. PERCEPTION DU CONTROLE ET PERSONNES VULNERABLES AUX PSYCHOPATHOLOGIES : LE CAS DE LA PERSONNE AGEÉE EN INSTITUTION.

Il apparaît alors que certaines personnes seront davantage susceptibles que d'autres de « pencher » vers l'externalité, compte tenu de leur histoire de vie, de leur environnement et de leur fonctionnement psychologique. En l'occurrence, c'est le cas des personnes dites « vulnérables », dont les capacités et les défenses psychologiques, les conduisent à être moins « résistantes » face aux événements perturbateurs, aux situations de stress, aux traumatismes ; et ainsi, à manifester des comportements résilients, trop faibles pour palier à ces perturbations. Ils imputeront alors plus facilement, la cause de la survenue des événements et des renforcements à leur environnement social, au destin, à la chance, etc... En somme, une internalité qui se voit être diminuée. Une personne vulnérable, d'après Ingram & Price (2001) est une personne à risque, dont la probabilité de développement d'un trouble psychologique (voire une psychopathologie) est supérieure à la norme lorsqu'elle est confrontée à un événement douloureux, perturbateur ou une situation d'inconfort. Cette catégorie de sujets est caractérisée par un fort potentiel de décompensation, les exposant à une plus grande

vulnérabilité psychologique, et ainsi à vivre tout événement perturbateur comme un traumatisme. En effet, les mécanismes de défense développés s'avèrent moins résistants, et en conséquence moins efficaces face à l'adversité. C'est pourquoi généralement, les personnes vulnérables s'appuieront davantage sur les autres plutôt que sur eux-mêmes. Un contexte de dépendance se constitue autour d'eux : les amenant à douter de leurs propres compétences et de leur valeur.

En termes de vulnérabilité, les personnes âgées se révèlent être une bonne illustration. Le fait est, que le contexte dans lequel ils «évoluent » reflète une image de dépendance à l'autre, de manque d'autonomie,... Bien que tous les séniors ne manifestent pas cet état de dépendance, les représentations sociales se rejoignent (globalement) quant à cette vision de la personne âgée. Cette question autour de la vulnérabilité chez les personnes du troisième Age, est amenée de par le contexte particulier dans lequel elles se situent. Il s'agit d'une rupture avec le monde antérieur, avec le mode de fonctionnement passé, qui ne peut plus vraiment être identique après un certain âge. D'un point de vue général, et majoritaire, on constatera une dégradation présente aussi bien sur le plan physique et cognitif (déficiences, incapacité, handicaps divers,...) ; une diminution des activités (professionnelles, loisirs), au profit d'une participation à de nouvelles activités ; une vision de la mort accentuée par les hospitalisations successives, la disparition des proches de la même génération, la maladie, ... ; et d'autres facteurs situationnels, tels que la solitude due au veuvage, ou à l'éclatement de la sphère familiale, le déménagement chez les enfants, en institution,... (Derouesné, 1999).

Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, il s'agit d'autant de facteurs qui - s'accumulant les uns aux autres- affaiblissent la personne âgée aussi bien physiquement que mentalement. Il est alors aisément de penser qu'il s'agit d'un ensemble d'événements dont ils doivent « assumer » les effets, sur lesquels ils ne perçoivent aucune part d'action de leur part. Une image de dépendance est ainsi reflétée, aussi bien pour l'opinion générale, que pour la personne elle-même en situation de vulnérabilité. D'après Rodin (1986), elles évaluent elles-mêmes leur incapacité à agir sur leur monde, leur impossibilité d'avoir un contrôle sur la suite des événements qui régissent leur vie : elles doutent de leurs compétences, de leurs ressources personnelles, les conduisant à ne pas vouloir agir car d'après elles (les personnes vulnérables, et en l'occurrence, les personnes âgées) il n'y aurait aucun lien entre ce qu'elles pourraient faire, les conséquences sur les événements et les renforcements obtenus.

C'est pourquoi, conformément au mode de fonctionnement des personnes vulnérables, en termes de contrôle, nous sommes à même de penser que l'avancée en âge conduira pour la

plupart des individus à une augmentation d'une perception de lieu de contrôle externe des renforcements. Ce qui a été démontré par Denoux et Macaluso, en 2006. Et ce, d'autant plus en institution (rythme de vie imposé, milieu social constant, rituel autour de l'hygiène et de la santé,...), ce sur quoi nous nous centrerons dans le cadre de cette étude. Le fait est que, de manière générale, la tendance à l'externalité aurait pour conséquence une hausse des troubles relatifs au stress, à l'anxiété et au sentiment de « perte de contrôle » : cette conséquence serait renforcée par la vulnérabilité psychologique de la personne, et l'accumulation des éléments perturbateurs, amenant *in fine* à développer des psychopathologies telles que la dépression. A l'inverse, la perception d'un lieu de contrôle interne atténuerait les perturbations causées par les agents stressants et anxiogènes.

L'intérêt serait alors de confirmer ou d'infirmer le fait que le type de contrôle perçu aurait une incidence sur le développement de psychopathologies (en l'occurrence la dépression), chez la personne vulnérable (en prenant pour illustration la personne âgée). On peut supposer dans un premier temps que les scores de dépression seraient à mettre en lien avec les scores d'internalité (HG2), tout en postulant comme les recherches précédentes l'ont démontré, que les personnes âgées présenteront davantage un LOC externe qu'un LOC interne (HG1). D'autre part, on partira de l'idée que l'âge, et l'ancienneté, tiendront une place importante dans l'adoption d'un type de lieu de contrôle : les personnes ayant plus de 80 ans, et/ou installées depuis moins d'un an au sein de la résidence, seraient plus externes que leurs cadets (HO1), et les « derniers » arrivants (HO2), conformément aux travaux précédents. On considèrera également, que les personnes dont l'environnement familial est présent soutenant seront moins enclines à l'externalité, et probablement au développement d'un trouble dépressif (HO3). On soutiendra enfin, étant donné que les femmes présentent davantage de risque de dépression que les hommes (Hazlett-Stevens, 2012), que leurs scores seront plus élevés que ces derniers ; et dans le même élan, on peut imaginer que leur score d'internalité moyen sera plus bas que celui des hommes (HO4).

II. METHODE

2.1. PARTICIPANTS

Notre échantillon est constitué de 28 participants âgés de 81 ans à 97 ans (âge moy. = 88,3 ans ; écart-type = 4,86). Il est composé de 10 sujets masculins (soit 36%) et de 18 sujets féminins (soit 64%). Ces participants ont au jour de la passation du questionnaire d'évaluation d'internalité (réalisée en moyenne au mois de Novembre) entre 3 mois et 4 ans et demi d'ancienneté au sein de l'établissement : 11 participants (soit 40%) ont moins d'un an d'ancienneté, on les considèrera tel des « primo-arrivants » ; 4 participants (soit 14%) ont entre un et deux ans d'ancienneté, ce sont des « entrées récentes » ; enfin, 13 participants (soit 46%) ont plus de deux ans d'ancienneté au sein de l'établissement, il s'agira des « résidents installés »). Enfin, on peut considérer que vingt-deux participants (soit 79%), bénéficient d'un entourage familial/amical présent et soutenant (visites, contacts téléphoniques, ...) ; contrairement aux six personnes (21%) restantes pour lesquelles ce soutien est moindre.

Sur les quatre-vingt-trois résidents au sein de l'établissement Crampel, une mince partie peut être considérée comme « lucide » et ayant conservé suffisamment d'aptitudes cognitives, physiques et communicationnelles. C'est pourquoi seulement un tiers de la population de l'EHPAD a pu être interrogée dans le cadre de cette étude, sur la base du volontariat des participants.

2.2. MATERIEL

Afin de répondre aux hypothèses et aux questionnements de cette recherche, deux outils différents ont été utilisés : l'une évaluant le degré d'internalité des résidents, l'autre spécifique à l'évaluation des risques dépressifs chez la personne âgée.

La première, *l'Echelle Hiérarchique d'Internalité pour Personnes Âgées* ou EHIPA a été développée par Daniel Alaphilippe et Gérard Chasseigne (1993), il s'agit d'une échelle d'évaluation en 15 items pour lesquels il s'agira de choisir la proposition qui correspond le plus au mode de pensée du sujet répondant. Parmi les deux propositions, l'une expose une représentation interne des renforcements, tandis que l'autre met en avant une représentation externe ; Les items 1, 5, 8 et 11 sont des items de remplissage. Plus le nombre de propositions répondra aux critères d'internalité, plus le score obtenu sera élevé et permettra l'identification d'un lieu de contrôle interne chez le participants.

Deuxièmement, la version courte de la *Geriatric Depression Scale ou GDS* (Sheikh, J. & Yesavage, J., 1986) évalue la risque de développement de symptômes dépressifs chez le sujet âgé. Constituée de quinze items, elle met en exergue la présence et l'intensité du risque dépressif chez l'individu. Présentée sous forme de questions fermées, le participant doit y répondre en donnant son accord ou son désaccord pour chaque question posée. De nouveau, plus le score est élevé, plus il témoigne de l'intensité des risques dépressifs, voire d'une dépression chez le résident.

2.3. PROCEDURE

Les échelles qui ont été proposées ont été distribuées directement aux résidents de mon lieu de stage. Ceux si ont été sélectionnés en fonction de leurs aptitudes cognitives (des évaluations psychométriques sont réalisées régulièrement en amont, telles que le MMS ou le NPI-ES, outils fréquemment utilisés dans le milieu gérontologique), de leur capacité à fournir une réponse lucide et adaptée et de leur volonté à participer ou non à cette recherche.

Ainsi, le questionnaire de lieu de contrôle, ainsi que l'échelle d'évaluation des risques dépressifs ont été remis directement aux résidents répondant à ces critères. Certains d'entre eux ont répondu au premier, indépendamment (distribution à un *temps A* et récupération du support en *temps 2*) et d'autres plus en difficulté dans la compréhension des consignes, se sont vus poser les questions une à une sous forme d'un échange avec moi-même, stagiaire psychologue. Aucune mention d'anonymat n'a pu alors être engagée. La passation de la GDS est toujours réalisée dans l'optique d'un entretien : le résident n'est jamais seul pour y répondre.

Le temps de réalisation des deux questionnaires est d'environ 15 minutes, sachant que les résidents disposaient de temps pour ajouter des commentaires à leurs réponses. Il leur a été demandé de répondre individuellement, selon leur propre opinion, le plus spontanément possible ; en donnant leur degré d'accord ou de désaccord (pour l'échelle d'évaluation des risques dépressifs), d'une part ; et la proposition qui se rapproche le plus de leurs opinions personnelles (pour l'échelle d'évaluation du lieu de contrôle), d'autre part.

III. RESULTATS

Comme stipulé dans la partie précédente, les données de ce projet ont été recueillies par plusieurs moyens : d'une part, manuellement, pour les questionnaires d'internalité (distribués de visu) ; d'autre part, recueillies grâce au logiciel Netsoins -qui après passation des évaluations psychométriques auprès des résidents- permet de le calcul des scores (notamment de dépression). Une fois saisis, le rapport des résultats et les calculs en découlant, ont été possibles (dans le cadre de cette recherche), grâce au logiciel informatique Microsoft Office Excel (version 2007) et XLSTAT ; afin de vérifier la validité de nos hypothèses préalables.

Compte tenu des distributions de nos échantillons manquant parfois d'homogénéité, les graphiques, ont été associés à des calculs statistiques afin d'appuyer nos observations. Ces deux outils conjoints, auront ainsi pour objectif de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses avec davantage de fidélité, dans la mesure du possible. Nous avons ainsi privilégié des tests non-paramétriques, plus appropriés pour ce type de cas de figure, où les variables étudiées sont essentiellement soumises aux conditions de terrain, qu'à une « sélection contrôlée ».

3.1. IDENTIFICATION DES SCORES D'INTERNALITE ET DE DEPRESSION CHEZ LE RESIDENT EN EHPAD.

3.1.1. SCORES CONCERNANT L'ECHELLE HIERARCHIQUE D'INTERNALITE POUR LA PERSONNE AGEE

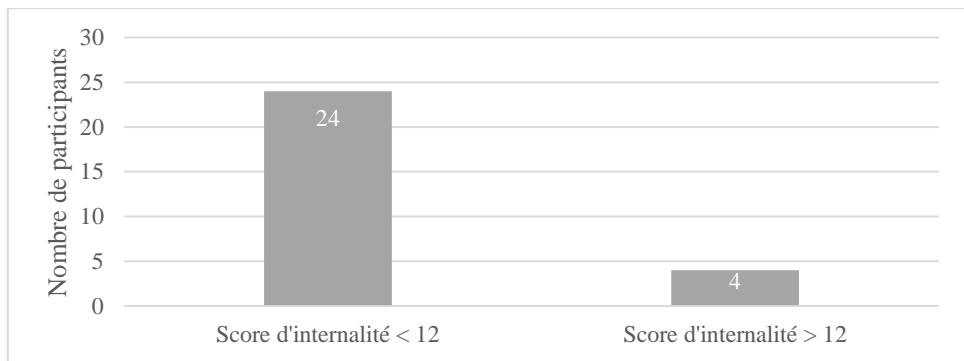


FIGURE 1 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DES EFFECTIFS REPARTIS SELON LEUR SCORE D'INTERNALITE, SELON L'ECHELLE HIERARCHIQUE D'INTERNALITE CHEZ LA PERSONNE AGEE (EHPA).

Ce graphique indique les différents scores d'internalité émis par les participants selon les items de l'échelle d'internalité EHPA. Les participants sont ainsi regroupés selon leur score obtenu.

En considérant qu'au-delà d'un score de 11 sur 22, le lieu de contrôle est davantage situé du côté interne qu'externe, il apparaît sur ce graphique que la majorité des participants est en

dessous de ce seuil. Pour vingt-huit participants au total, seulement quatre ont obtenu un score strictement supérieur à 11 sur 22 (moy. = 15.5 ; éc. type = 2.38), tandis que les vingt-quatre autres participants ont un score inférieur à ce seuil (moy. = 8.625 ; éc. type = 2.04). Par ce graphique, nous pouvons aisément déclarer que l'externalité est le type de LOC le plus présent pour cet échantillon de personnes âgées en EHPAD.

TABLEAU 1 : REPRESENTATION STATISTIQUE (MANN-WHITNEY) RELATANT LA SIGNIFICATIVITE DE L'ECART « SUJETS INTERNES » VS. « SUJETS EXTERNES ».

U	96,000
Espérance	48,000
Variance (U)	227,175
p-value (unilatérale)	0,001
alpha	0,05

D'ailleurs, afin de valider cette observation graphique, le test de Mann-Whitney nous a permis de donner une valeur statistique à ce résultat (Tableau 1). En séparant les participants « internes », des participants « externes », nous avons pu constater la significativité de la distinction entre le premier et le second groupe. La valeur observée étant inférieure au niveau de signification ($p\text{-value} = .0001 < .05$). L'hypothèse que les personnes âgées en EHPAD sont davantage externes qu'internes est validée.

3.1.2. SCORES DE DEPRESSION

Sur le même modèle, il est intéressant d'étudier la manière dont se répartissent les résidents présentant des risques dépressifs au sein de l'EHPAD, en l'occurrence, en ce qui concerne les participants à cette étude. En effet, avant mise en corrélation des scores d'internalité et de dépression : nous pourrons postuler à partir de ce petit échantillon, que la majorité des résidents en EHPAD est, ou n'est pas, sujette à des symptômes dépressifs.

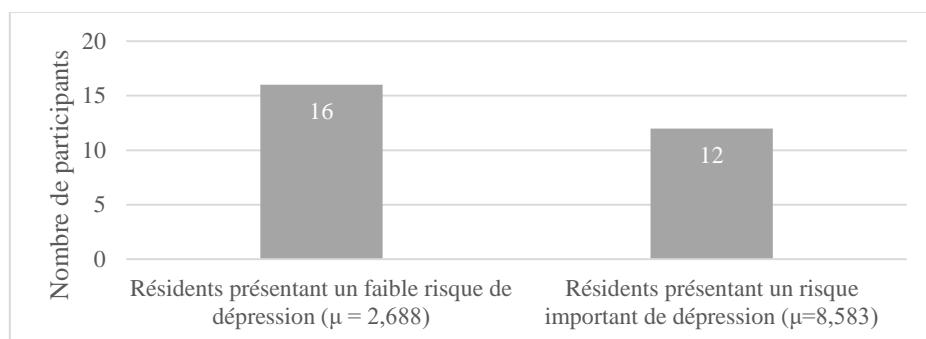


FIGURE 2 : REPARTITION GRAPHIQUE DES PARTICIPANTS SELON LE SCORES OBTENUS A LA GDS

D'un point de vue graphique, il apparaît que la plupart d'entre eux (16 sur 28) présentent un faible score (et donc un faible risque) de dépression, en comparaison aux douze autres participants (12 sur 28) dont le risque est élevé, voire omniprésent. Transposé à une population plus large, sur tout un EHPAD, cela nous laisse penser que le risque dépressif est présent certes, mais n'est étendu qu'à une partie de ce public.

TABLEAU 2 : REPRESENTATION STATISTIQUE (MANN-WHITNEY) RELATANT LA SIGNIFICATIVITE DE L'ECART ENTRE « PUBLIC A HAUT RISQUE DEPRESSIF » VS « PUBLIC A FAIBLE RISQUE DEPRESSIF ».

U	0,000
Espérance	96,000
Variance (U)	456,762
p-value (unilatérale)	< 0,0001
alpha	0,05

Les résultats statistiques démontrent également la significativité de cette différence entre un public vulnérable, et un autre qui l'est moins. La valeur observée est inférieure au seuil de significativité ($p\text{-value} = .00001 < .05$). Cela contrecarre notre hypothèse selon laquelle, les résidents en EHPAD, seraient majoritairement exposés à des risques dépressifs. Au contraire, la plupart d'entre eux affichent une faible probabilité d'en développer.

3.1.3. COMPARAISON DES SCORES DE DEPRESSION CHEZ LA PERSONNE AGEE EN FONCTION DE LEUR LIEU DE CONTROLE.

Compte-tenu des scores obtenus, en termes de lieu de contrôle et d'évaluation des risques dépressifs, nous avons été à même de penser qu'une relation pouvait exister entre ces deux variables. Les scores laissent transparaître qu'un lien serait envisageable entre le développement d'un lieu de contrôle externe et la présence moindre de risques dépressifs : on pourrait estimer, qu'en EHPAD, plus la personne ferait preuve d'un lieu de contrôle externe des renforcements, moins elle s'exposerait à des risques dépressifs (sous la forme d'une corrélation positive). Le fait étant que les populations en majorité « par le nombre », sont celles ayant une perception de contrôle externe des renforcements, et les personnes présentant des risques dépressifs trop « faibles » pour les caractériser de « dépressives »

Au regard des analyses graphique statistiques de corrélation, celles-ci nous révèlent que le lien entre ces deux variables n'est pas certifié. En effet, d'après le graphique (Figure 3), le nuage de points est trop distendu ; et d'après la matrice de corrélation de Spearman (tableau 3), le coefficient observé est plus proche d'une corrélation nulle ($r = 0.349 < 0.5$) que d'une corrélation positive.

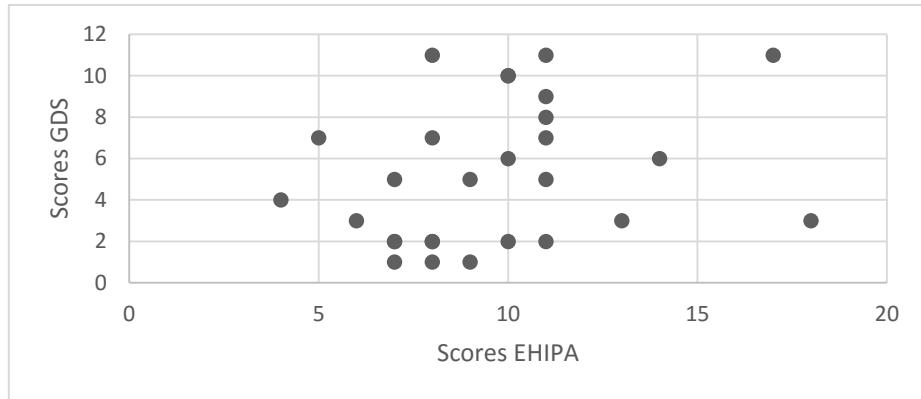


FIGURE 3 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA CORRELATION ENTRE LES SCORES DE DEPRESSION ET D'INTERNALITE

TABLEAU 3 : REPRESENTATION STATISTIQUE DE LA CORRELATION ENTRE LES SCORES D'INTERNALITE ET DE DEPRESSION

Variables	Ehipa	GDS
Ehipa	1	0,069
GDS	0,069	1

Il y aurait alors un lien très faible (voire aucun lien) entre la présence d'un risque dépressif élevé et une tendance à l'internalité. Cependant, pour plus de précision, si l'on porte attention à la significativité de ce résultat (tableau 3), il apparaît que cette corrélation n'est pas effective : $p\text{-value} = 0.069 > 0.05$ (seuil de signification α). La marge d'erreur est trop importante, pour confirmer l'existence d'une corrélation entre les scores d'internalité et les scores de dépression. Notre hypothèse est donc rejetée.

3.2. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « AGE ».

En parallèle de l'identification d'un lien entre lieu de contrôle et risques dépressifs ; des hypothèses opérationnelles ont également été établies au regard des variables pouvant (éventuellement) impacter le lieu de contrôle de la personne âgée en EHPAD. Nous partions premièrement, de l'hypothèse que les résidents les plus âgés feraient preuve d'un lieu de contrôle des renforcements davantage axé vers l'externalité que les résidents les plus jeunes.

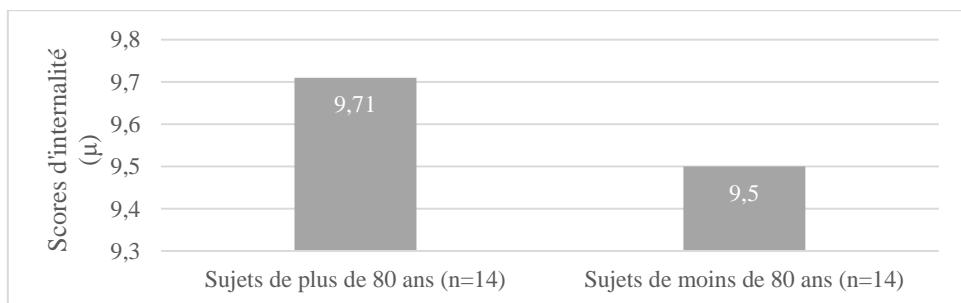


FIGURE 4 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE L'AGE DES PARTICIPANTS

Le graphique (Figure 4), met en avant les différences de score d'internalité selon l'âge des participants. Ceux-ci ont été regroupés en deux catégories, les sujets ayant au moins 80 ans (les Ainés), d'une part ; et ceux ayant 80 ans au plus (les Cadets), d'autre part. Nous pouvons constater au regard des histogrammes, que les Ainés présentent un score d'internalité plus élevé que celui des Cadets, bien que la différence entre nos deux populations soit seulement de 0.21 point, sur l'échelle correspondante. Il semblerait alors que l'âge serait (bien que légèrement) impactant dans le positionnement d'un lieu de contrôle des renforcements, si l'on se situe auprès d'un public de personnes âgées en EHPAD.

Néanmoins, il convient de réaliser en parallèle des calculs statistiques afin de vérifier ce que l'on aurait pu suggérer graphiquement, même si nous sommes à même de constater que cette différence n'est pas (ou très peu) significative.

TABLEAU 4 : REPRESENTATION STATISTIQUE (MANN-WHITNEY) RELATANT LA DIFFERENCE DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE L'AGE DES RESIDENTS.

U	91,000
Espérance	98,000
Variance (U)	463,815
p-value (bilatérale)	0,763
alpha	0,05

Les résultats au test du Mann Whitney (Tableau 4), nous montrent en effet, que la différence entre les deux groupes n'est pas significative. La valeur observée est supérieure au seuil de significativité ($p\text{-value} = .763 > .05$). Cela nous amène alors à ne pas valider l'hypothèse selon laquelle, il y aurait un lien entre l'âge et le lieu de contrôle (chez la personne âgée en EHPAD).

3.3. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « ANCIENNETE ».

Nous postulions au préalable que les personnes les plus anciennes sur les établissements pour personnes âgées, seraient plus enclines à développer un lieu de contrôle des renforcements autour d'éléments externes que d'éléments internes.

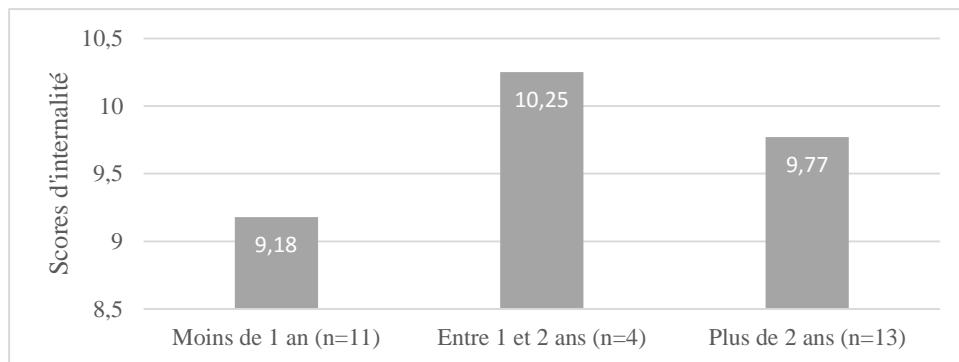


FIGURE 5: REPRESENTATION DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE L'ANCIENNETE DES RESIDENTS

De nouveau, contrairement à nos attentes, ce ne sont pas les résidents les plus anciens qui affichent un score d'internalité le plus élevé, mais ceux en « phase intermédiaire » (récemment arrivés sur la résidence, mais bien installés et intégrés malgré leur récence). Les écarts étant minces, et les effectifs difficilement équitables cette différenciation ne nous permet pas d'attester de la présence d'un lien de cause à effet entre ancienneté et lieu de contrôle, en l'occurrence en EHPAD.

TABLEAU 5: REPRESENTATION STATISTIQUE (CHI 2) RELATANT LA DIFFERENCE DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE L'ANCIENNETE DES RESIDENTS

Khi ² (Valeur observée)	0,630
Khi ² (Valeur critique)	5,991
DDL	2
p-value	0,730
alpha	0,05

D'ailleurs, nous pouvons confirmer par le biais du test du Khi-deux (tableau 5), que cette différence n'est pas significative. La valeur étudiée étant supérieure au seuil alpha (p-value = .730 > .05) pour un degré de liberté de 2 : nous rejetons l'hypothèse selon laquelle l'ancienneté sur l'EHPAD affecterait le lieu de contrôle.

3.4. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « SOUTIEN SOCIAL PERÇU ».

Egalement, nous supposons au départ que la perception d'un soutien de la part de l'entourage (famille, amis, etc...) contribuait à l'établissement d'un locus of control interne des renforcements.

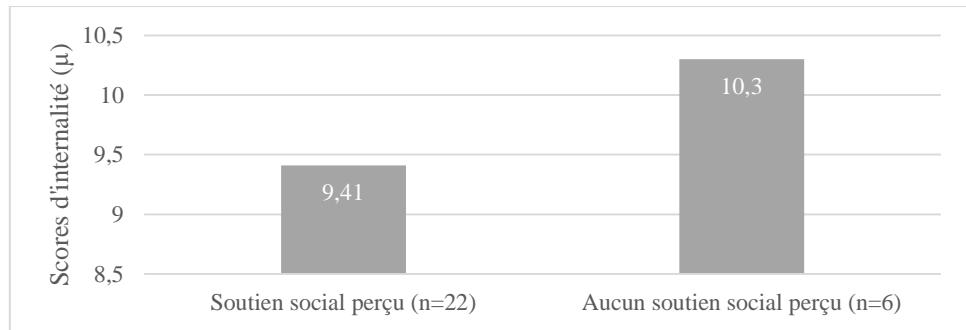


FIGURE 6: REPRESENTATION DES SCORES D'INTERNALITE SELON LA PERCEPTION DE SOUTIEN SOCIAL

La représentation graphique a mis en exergue le contraire : les résidents percevant le moins de soutien social réalisent des scores d'internalité supérieurs à ceux qui en perçoivent.

TABLEAU 6 : REPRESENTATION STATISTIQUE (MANN-WHITNEY) RELATANT LA DIFFERENCE DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA PERCEPTION DE SOUTIEN DES RESIDENTS

U	46,500
Espérance	66,000
Variance (U)	312,365
p-value (unilatérale)	0,871
alpha	0,05

De nouveau, nos résultats sont biaisés par les effectifs très déséquilibrés, c'est pourquoi nous nous appuierons sur les valeurs statistiques (Tableau 6) confirmant cette assumption. La valeur observée grâce au test de Mann Whitney, est supérieure au seuil de signification : p-value = .871 > .05. Nous ne pouvons valider l'hypothèse selon laquelle le soutien de l'entourage perçu aurait une incidence sur le locus of contrôle chez nos participants.

3.5. COMPARAISON DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DE LA VARIABLE « SEXE ».

Enfin, la dernière variable explorée dans le cadre de cette recherche, était en grande partie basée sur une logique théorique. Postulant au préalable que les personnes les plus susceptibles de développer des risques dépressifs, étaient celles les plus externes (et/ou vice versa), il a semblé cohérent de supposer que les femmes -jugées plus vulnérables aux risques dépressifs que les hommes, (Hazlett-Stevens, 2012)- seraient moins internes que les hommes.

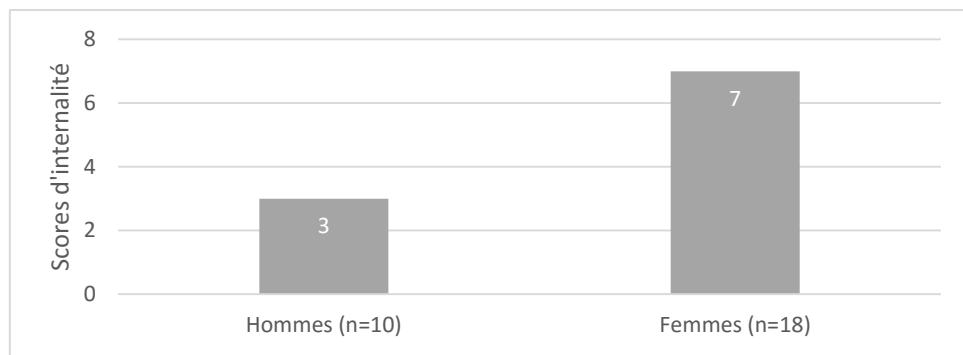


FIGURE 7 : REPRESENTATION DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DU SEXE DES PARTICIPANTS

Bien que le lien causal internalité-risque dépressif, n'a pas pu être démontré ; il apparaît cependant, qu'une différence de lieu de contrôle existe, distinguant hommes et femmes en EHPAD. L'inverse de nos expectations s'est produit : les femmes présentent des scores d'internalité plus élevés que ceux des hommes (la différence étant de 3 points).

TABLEAU 7 : REPRESENTATION STATISTIQUE (MANN-WHITNEY) RELATANT LA DIFFERENCE DES SCORES D'INTERNALITE EN FONCTION DU SEXE DES RESIDENTS

U	42,000
Espérance	90,000
Variance (U)	425,952
p-value (bilatérale)	0,021
alpha	0,05

De nouveau, notre hypothèse n'est pas validée : mais une conclusion est envisageable compte tenu des résultats. De plus, d'un point de vue statistique, cet aperçu est confirmé. La valeur observée est inférieure au seuil de signification alpha ($p\text{-value} = .021 < .05$), ce qui nous permet de constater que la différence est significative, et de stipuler que les femmes en maison de retraite, demeurent plus favorables à l'internalité (dans la perception de contrôle des renforcements) que les hommes.

U	100,500
Espérance	90,000
Variance (U)	428,214
p-value (unilatérale)	0,702
alpha	0,05

Malheureusement, si l'on tente également d'évaluer la différence en termes de risques dépressifs chez les hommes et les femmes, cette distinction n'est pas significative ($p\text{-value} = .702 > .05$). Cela ne nous permet donc pas d'entrevoir une corrélation entre les risques dépressifs et le type de lieu de contrôle au regard de notre échantillon.

IV. DISCUSSION

4.1. DISCUSSION : L'INSTITUTION, UNE INCIDENCE SUR LA PERCEPTION D'UN LIEU DE CONTROLE CHEZ LA PERSONNE AGEE ?

4.1.1. L'INTERNALITE EN EHPAD

Conformément aux résultats, la première hypothèse (générale) évoquée consistait à distinguer deux populations au sein d'une même structure, réparties selon leur lieu de contrôle perçu des renforcements. Grâce aux résultats obtenus par le biais de l'échelle hiérarchique d'internalité (EHPA), nous avons pu constater que la proportion de résidents « externes », se démarquait des résidents « internes » sur le plan quantitatif. En effet, sans exempter la possibilité que ce cas de figure soit propre à cet établissement, il apparaît que l'« externalité » y fasse loi. Nous avons pu en conséquence retenir notre hypothèse de départ. En écho aux éléments théoriques abordés, il semblerait que le cadre de vie proposé en EHPAD se prête au développement d'une perception externe du lieu de contrôle des renforcements. Pour s'en assurer, il aurait probablement été intéressant d'effectuer une étude longitudinale afin de rendre compte du niveau d'internalité à un temps A, puis à un temps B. Cela aurait permis de renforcer notre théorie selon laquelle l'institution (en l'occurrence l'EHPAD), conduit à ce penchant de LOC.

En outre, l'institutionnalisation elle-même nous a conduit à aborder en ce sens. En institution, les conditions de vie sont très rythmées : selon les tâches des soignants (toilettes, soins, assistance), les prises de médicaments, la vie en établissement (heures des repas, ateliers, sorties, etc...) limitant les possibilités de choix, sans pour autant que leur liberté soit avortée. Il semble, d'un point de vue objectif que la part d'autonomie et de contrôle des événements demeure amoindrie par les exigences de la structure... c'est pourquoi il convient de supposer une tendance à l'externalité plutôt qu'à l'internalité (en termes de contrôle). Egalement, au travers des évaluations des risques dépressifs (GDS), les résidents ont tendance à verbaliser un ennui, une attente, comme s'ils subissaient les événements qui adviennent : « il faut faire avec », « on fait aller », etc... notamment à l'item 5 « Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ? ». Cela donne une impression de fatalité de la part des résidents d'EHPAD, où ils semblent ne plus faire le lien entre leurs actes, les événements et les renforcements.

Dans cette même optique, nous pensions que l'ancienneté jouerait également un rôle dans le développement d'un LOC externe. Plus les années passeraient, plus ce rythme

s'ancrerait ; et le rythme de vie deviendrait régi par celui de la structure. Or, cela n'a pas pu être confirmé par notre recherche et l'hypothèse n'a pas pu être validée. Deux possibilités d'explications peuvent être envisagées : soit le lien n'a pas pu être vérifié à cause de l'échantillon (trop restreint) ; soit il n'y aurait strictement aucun lien entre ancienneté et lieu de contrôle. On pourrait alors supposer que lorsque le rythme « s'ancre », les conditions de vie deviennent « inconscientes » et le résident parvient à redonner un sens à ses comportements, en prenant le dessus sur la perte de perception de contrôle rencontrée auparavant. Cela peut se manifester par le biais de comportements d'organisation, de planification et de modification des activités habituelles.

Enfin, la question de l'importance du soutien social est également soulevée. Notre hypothèse tendait à démontrer l'existence d'un lien entre la présence ou l'absence de soutien social et le type de LOC. Le lien ne semble malheureusement pas figurer, ou n'existe pas. Or, d'après Winnubst et al (1988), la perception d'un soutien social affecterait aussi bien le type de contrôle perçu, que le déploiement de stratégies de coping face à l'adversité et au stress. En ce sens, il agirait pour renforcer le sentiment de contrôle, en valorisant le sujet, le protégeant, le rassurant, l'encourageant et l'assistant pour lui redonner une place d'acteur dans le cours de ses événements. L'évaluation subjective que le sujet élabore du rôle de son entourage (du moment qu'il est présent et soutenant), est supposée venir lier ses comportements aux renforcements qu'il obtient (réussite, échec, satisfaction, épanouissement, etc...) et non le laisser dépendre du cours des choses sans libre arbitre. De nouveau, cela aurait sûrement pu être mis en avant grâce à un échantillon plus étendu ; ou par le biais d'une recherche comparative avec des personnes âgées vivant à domicile pour lesquelles le soutien social est quasi-omniprésent physiquement, d'autant plus si ces retraités le qualifient de « soutenant et valorisant ». D'ailleurs, 88% vivant à domicile disent se sentir « bien entourés » contre 93% en institution selon un sondage de 2014 (Dupont, 2014).

4.1.2 VARIABLES DISPOSITIONNELLES

D'un autre côté, les conclusions pour nos hypothèses concernant les variables dispositionnelles (telles que l'âge et le sexe) nous ont permis de mettre en exergue certains points. Premièrement, il semblerait qu'il n'y ait aucun lien, au regard de cet échantillon, entre lieu de contrôle et âge (lorsque celui-ci est déjà avancé). Malgré les fondements théoriques à ce sujet, cela n'a pas pu transparaître dans cette recherche. En effet, si l'on s'en réfère aux travaux de Claes (1981) ou encore Lefcourt, le degré d'internalité serait proportionnel à la croissance de l'individu –chez les enfants notamment-, avant d'atteindre un « pallier » et de se stabiliser.

Nous aurions pu alors penser que l'inverse se produisait chez la personne âgée, compte tenu des bouleversements encourus, sur les plans sociaux, familiaux, psychologiques, affectifs, etc...propres à la dynamique du Troisième Age. Nous estimions qu'après une longue période de stabilisation, les attributions causales des renforcements porteraient sur des agents extérieurs, au dépit des agents internes et comportementaux. Lachman partant également de ce postulat, a pu le démontrer en 1983, mais auprès de deux groupes de séniors dissociés selon s'ils avaient plus ou moins de soixante-dix ans. Cela nous montre une fois de plus, que la taille de l'échantillon et/ou bien le choix de nos deux populations étaient non appropriés pour ce cas d'étude ; faussant l'issue de notre hypothèse.

Concernant le lien entre lieu de contrôle et genre : il en est ressorti que les femmes tendaient à percevoir un lieu de contrôle interne plus important que celui des hommes. Chandler & Dugovics avaient également tenté en 1977, de distinguer hommes et femmes en termes de lieu de contrôle sans pour autant permettre une réelle dissociation entre les deux groupes. Aucune différence significative n'a été révélée dans leur étude. En ce qui nous concerne, les hommes montraient des scores d'internalité plus faibles que ceux des femmes. Nous pouvons comprendre cette différence au regard des processus éducatifs, et en l'occurrence de l'éducation que reçoivent les enfants : les codes et normes sociales « attribuées » à chacun des genres forgent l'individu, ses comportements et attitudes. Le fait est, que certaines caractéristiques sont définies pour les filles et les garçons à partir des représentations sociales qui leur sont propres. Entre autres, les filles seront qualifiées de douces, plus fragiles, plus émotionnelles que les garçons ; tandis que ceux-ci seront davantage attendus sur leur force, leur puissance, le contrôle des émotions, etc... En vieillissant, ce schéma se déconstruit, et sous la forme d'une involution, les séniors masculins se retrouvent alors dépourvus, démunis, souvent incapables de retrouver la virilité à laquelle ils prétendaient ; surtout ces générations souvent patriarcales. Ce ressenti, et ce regard sur soi-même, peuvent impacter le non-lien que fait le sujet entre ses comportements et les renforcements obtenus : c'est sûrement pour cette raison que les scores d'internalité faiblissent. Les hommes en vieillissant, deviennent victimes de leur état, victimes du cours de leur vie, desquels ils ont une perception faible de contrôle.

4.1.3. EXTERNALITE ET DEPRESSION

Des recherches se sont penchées sur une éventuelle corrélation entre lieu de contrôle et dépression. En effet, bien que leurs résultats ne sont pas les mêmes que les nôtres, Aiken et Baucom (1982) ont étudié ces deux variables auprès d'une population étudiante, et ont illustré l'existence d'un lien entre LOC et dépression. Il apparaît dans leur recherche que plus les scores

de dépression seront élevés, plus les scores d'internalité seront faibles (donc penchant vers l'internalité), si l'état thymique, lors de la passation, n'est pas pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Tel que nous le pensions plus tôt et bien que l'on n'ait pas pu le démontrer dans le cadre de cette recherche, une corrélation reste envisageable entre ces deux concepts. D'une part parce que le contexte de vieillissement incite au développement d'une externalité (sentiment de subir les faits, perte de contrôle sur le cours des événements,...) ; et d'autre part, parce que la perte de contrôle est l'un des facteurs précipitants le déploiement de risques dépressifs. D'ailleurs, les travaux de Jaswal & Dewan (1997), évoquent le même postulat que les chercheurs précédemment énoncés : il semblerait que les scores de dépression s'amplifient lorsque le sujet attribue la cause de survenue des renforcements aux autres, et à la chance ; tandis qu'ils s'atténuent lorsque cette attribution est interne.

Un lieu de contrôle interne, par définition, atténue l'émergence des risques et des troubles dépressifs, puisqu'il apporte plus facilement satisfaction, valorisation et somme toute, préservation d'une estime de soi correcte. C'est pourquoi nous ne tenons pas les résultats de notre recherche comme étant fiables, le lien entre les deux ne se démarquant pas.

Hormis le manque probable de pertinence des résultats liés à notre échantillon ; il se pourrait également que la corrélation observée par ces chercheurs (auprès d'étudiants), soit tout simplement inapplicable chez la personne âgée. Les dynamiques qui évoluent chez les séniors et les 18-25 ans sont trop différentes les unes des autres pour prendre les conclusions des auteurs pour référence. Les premiers sont sujets à des circonstances de stress, à la planification de leur avenir, à une insertion dans le milieu professionnel, au fondement d'une vie de famille, etc...dans une optique de démarrage, de préparation au futur. En somme, des objectifs et directions en tout point dissemblables de ceux d'une personne âgée, souhaitant davantage assurer son bien-être, maintenir son autonomie, ses capacités physiques et cognitives préservées, conclure la vie qu'ils ont vécu de manière confortable. Il se pourrait alors qu'à ce stade de la vie, la perception (ou non) de contrôle n'impacte pas l'état thymique et psychopathologique.

4.2. LIMITES LIEES A LA RECHERCHE.

Aucune recherche n'est infaillible et demande à être réétudiée et reprise afin d'en améliorer l'impact sur la science et le domaine de la recherche. Aussi, la présente recherche démontre des limites aussi bien sur le plan conceptuel que méthodologique. Premièrement, il y

a un souci évident de répartition dans notre population. Du fait d'un échantillon relativement restreint par son nombre de participants (soit 28 résidents), les catégorisations amenées pour répondre à nos hypothèses en ont malheureusement fait les frais. Nous nous retrouvons, par conséquent confrontés à des effectifs très réduits, face à d'autres bien plus importants sur lesquels nous devons nous baser afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de départ. Ce fut le cas notamment lorsque nous construisions nos groupes selon l'ancienneté ou le sexe des résidents.

D'autre part, en restant sur cette problématique, cette limite méthodologique peut être à la fois un biais, mais également une représentation de la population en EHPAD à plus grande échelle : les effectifs ne sont pas constamment répartis de manière équitable. L'un des sexes peut tout à fait prédominer quantitativement sur l'autre ; l'âge des résidents et leur ancienneté répond à des questions de santé et de prise en charge ; la perception de soutien de l'entourage fait l'objet de dynamiques individuelles, etc... En somme, il s'agit là de variables non pas « parasites », mais difficiles à contrôler étant donné la population à laquelle nous sommes confrontés et la demande qui s'impose en établissement pour retraités.

Deuxièmement, dans cette optique méthodologique, le mode de passation des échelles peut être un biais à cette recherche. En effet, essentiellement basées sur la subjectivité des résidents, l'échelle d'internalité et l'échelle de dépression évaluent la perception qu'ont les résidents autour de situations engageant leur point de vue, d'une part ; et la perception qu'ils ont d'eux même, en termes de ressentis, d'émotions, d'activités, etc,... d'autre part. Aussi, le phénomène de désirabilité sociale peut impacter les scores de ces échelles. Les items proposés par la GDS se caractérisent par des réponses binaires (sous forme Oui vs. Non), il est donc aisé pour les participants de choisir la réponse qui les rend le moins « vulnérables », qui ne renvoie pas d'image négative d'eux même ou qui ne demande pas de suivi particulier par la suite. Nous pouvons prendre pour exemple, l'item n°11 (« Vous dîtes vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ? ») pour lequel un résident désireux « de bien faire » préfèrera répondre « Oui », même s'il ne le pense pas, de peur de solliciter l'inquiétude des soignants, donc par désirabilité sociale. Le même phénomène se produit pour l'EHIPA, contraignant les participants à se positionner selon l'une ou l'autre des réponses.

Cette désirabilité est renforcée, comme il l'a été mentionné au-dessus, par la peur d'inquiéter l'entourage familial et soignant, mais également la peur de ne pas être considéré comme « sain ». En EHPAD, les résidents évoluent de traitements en traitements, passent d'un rendez-vous médical à un autre, ce qui peut avoir le don de renforcer leur inquiétude. Même si

les raisons et les modalités d'évaluation leur sont mentionnées, ils restent soucieux, de ce que qu'il va advenir d'eux, après évaluation (ici, la passation d'une échelle) : ils ont pour vision les autres résidents se dégradant autour d'eux, la présence d'une unité protégée au sein de l'établissement et le rappel des évaluations précédentes réalisées régulièrement (attestant l'évolution de leur état cognitif et thymique). Mis ensemble, cela forme un tout que les résidents méfiants peuvent redouter : ils préféreront en conséquence, « montrer patte blanche », plutôt que de prendre le risque de se « mettre en danger ».

De plus, un élément n'a pas été pris en compte dans l'interprétation des résultats en plus des variables « sociodémographiques » (à savoir l'âge, le sexe, l'ancienneté au sein de l'établissement, etc...). Nous n'avons pas mis en avant l'histoire de vie des sujets, leur personnalité, leur bagage émotionnel (la manière dont ils réagissent aux événements, leurs mécanismes de défense face au stress et à l'inconfort), le culte religieux, etc... qui pourraient entrer en compte dans la perception des événements de vie, et l'élaboration d'un lieu de contrôle. En effet, hébergés au sein d'un établissement privé et de standing : les circonstances de vie, et les modes de fonctionnement doivent probablement être dissimilaires des personnes âgées évoluant dans des conditions plus modestes, à domicile ou bien en résidence adaptée. Comme il a été vu précédemment, le parcours de vie, l'histoire personnelle, construisent nos rapports au monde, et en l'occurrence notre perception du contrôle, dépendante de notre style de vie et notre éducation. Aussi, mettre en comparaison ces participants d'EHPAD privé avec des résidents d'EHPAD public, voire avec des personnes âgées vivant à domicile, auraient pu être intéressant ; dans la mesure où ces nouveaux critères auraient mis en évidence l'incidence de l'institution sur le contrôle perçu, et également sur le développement de symptômes dépressifs.

Par exemple, la différence est flagrante entre mon stage précédent et le stage réalisé actuellement. D'une part, nous avons une population relativement citadine ; d'autre part, une population composée en majorité d'anciens agriculteurs. Ce n'est qu'un aperçu, mais le sentiment de perte n'est qualitativement pas le même entre les deux groupes : pour le premier, il serait davantage question d'une perte physique (la distance des proches notamment, et de leurs repères spatiaux), tandis que pour le second, il s'agit plus d'une perte matérielle (abandon de leurs terres, leur patrimoine et les domaines dont ils disposaient,...). Différenciation qui, je pense, se ressentirait en terme de perception de contrôle des renforcements : quelle est la perception de ce qu'ils ont conservé (et qui apporterait satisfaction), et de ce qu'ils ont perdu (amenant la déception).

CONCLUSION

Cette recherche tendait à mettre en lumière l'existence d'un lien entre le type de perception de contrôle des renforcements et l'intensité des risques dépressifs chez la personne âgée, en l'occurrence en EHPAD. Ainsi par le biais de deux échelles : la Geriatric Depression Scale, d'une part ; ainsi que l'Echelle Hiérarchique d'Internalité pour Personnes Agées, d'autre part, nous avons pu constater qu'il n'y avait aucun lien significatif entre les deux variables. Cependant, deux de nos hypothèses ont pu être validées. La première, attestant d'un taux important de type de lieu de contrôle externe chez nos résidents ; la deuxième, témoignant d'une différence significative entre l'internalité manifestée par les femmes et celle des hommes bien inférieure. Nous avons en revanche invalidé nos hypothèses stipulant l'existence d'un lien entre l'âge, l'ancienneté des résidents, la perception d'un soutien social, et le type de lieu de contrôle exprimé.

L'objectif initial était également de proposer de nouvelles pistes de recherches autour des risques dépressifs présents en EHPAD et notamment dans le domaine psychosocial. Il s'avère que certains processus sociaux tels que l'apprentissage social, le sentiment d'auto-efficacité ou même les représentations sociales, entre autres, affectent l'état thymique des personnes âgées. C'est pourquoi notre intérêt s'est porté sur le lieu de contrôle, la perception de contrôle jouant un rôle essentiel sur le bien-être physique et mental des personnes vulnérables. De plus, en renouvelant cette expérience sur une base comparative, nous aurions pu révéler le réel impact du type de LOC sur l'état thymique, cognitif et comportemental des personnes en EHPAD, et plus globalement, des personnes en institution.

D'autre part, confirmer l'existence d'un tel lien offrirait des perspectives dans le domaine des pratiques professionnelles. En l'occurrence, ouvrir des questionnements à propos des pratiques des soignants : la manière de préserver l'autonomie des résidents, d'apporter un maximum de soutien (valorisation, sollicitation de l'entourage, ...), de rendre les résidents acteurs des tâches du quotidien, etc... afin d'améliorer le confort de vie des résidents, les rapprocher d'une perception de contrôle interne des renforcements ; et en contrepartie, afin d'éviter une dépendance excessive des résidents qui peuvent la surmonter et d'éviter un éventuel « glissement » vers la fatalité.

BIBLIOGRAPHIE

- Aiken, P. et al. (1982). "Locus of control and depression. That confounded relationship" in *Journal of Personality Assessment*, 46 (4), 391-395.
- Alaphilippe, D. et al. (1993). "Construction d'une échelle de représentation du contrôle chez les personnes âgées » in *L'année psychologique*, 93, (2), 269-282.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. 4th ed.* Washington DC : American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, Stanford University.
- Beauvois, J. et al. (1988). "The norm of internality in the explanation of psychological events", in *European Journal of Social Psychology*, 18, 299-316.
- Chandler, T. et al. (1977). "Sex Differences in Research on Locus of Control" in *Psychological Reports*, 41, 47-53.
- Claes, M. (1981). « L'évolution de l'attribution des causes des succès et des échecs au cours de la scolarité », in *Revue de Psychologie Appliquée*, 31 (4), 275-294.
- Denoux, P. et al. (2006). "Stress et vieillissement. Un développement contre-culturel du lieu de contrôle et des stratégies d'adaptation chez les sujets âgés », in *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, 4, (4), 287-297.
- Dérouesné, C. et al. (1999). "Memory complaints in young and elderly subjects", in *Geriatric Psychiatry*, 14, 291-301.
- Doise, W. (1982), *L'Explication en Psychologie Sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dupont, G. (2014). *Les personnes âgées prêtes à la solitude pour être autonomes*.
- Evrard, N. (2014). *La dépression*. Récupéré le 25 mars 2016 de <http://www.onmeda.fr/maladies/depression.html>
- Hazlett-Stevens, H. (2012). « Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression : case report and clinical considerations." in *The Journal of nervous and mental disease*, 200 (11), 999-1003.
- Ingram, J. E. et al. (2001). *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan*. New York : Guilford.
- James, W. (1957). *Internal versus external control of reinforcement as a basic variable in learning theory*, Columbus : Ohio State University Press.
- Jaswal, A. et al. (1997). "The relationship Between Locus of Control and Depression." in *Journal of Personality and Clinical Studies*, 13 (2), 25-27.

- Jellison, J. et al. (1981). "A self-presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality". *in Journal of Personality and Social Psychology*, 4 (40), 643-649.
- Krampen, G. (1982). *Differential psychologie der Kontrollüberzeugungen*. Göttingen : Hogrefe.
- Lachman, M. (1983). "Perception of intellectual aging : Antecedent or consequence of intellectual functioning ?" *in Development Psychology*, 19, 482-498.
- Lazarus, R. et al. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springfield.
- Leary, M. et al. (1986). "Behavioural self-handicaps versus self-reported handicaps : A conceptual note" *in Journal of Personality and Social Psychology*, (51), 1265-1268.
- Lefcourt, H. (1982). *Locus of control : Current trends in theory and research*. New Jersey : Erlbaum.
- Levenson, H. (1981). "Differentiating among internality, powerful others, and chance", *in Lefcourt (Ed.), Research With the Locus of Control Construct*, 1, 15-63.
- Miller, D. et al. (1975). "Self-Serving Biases in the Attribution of Causality : Fact or Fiction ?" *in Psychological Bulletin*, 82 (2), 213-225.
- Mirabel-Scarron, C. (2002). *La dépression, comment en sortir*. Paris : Odile Jacob.
- Nowicki, S. et al. (1983). The Novicki-Strickland life-span locus of control scales : Construct validation. *in Lefcourt, (Ed.), Research with the locus of control construct*, 2, 9-51. New York : Academic Press.
- Nowicki, S. et al. (1974). "The locus of control scale for college as well as non college adults". *in Journal of Personality Assessment*, 38, 36-137.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. 10, Paris, Masson.
- Palenzuela, D. (1984). "Critical Evaluation of Locus of Control : Towards a reconceptualization of the construct and its measurement", *in Psychological Reports*, 54, 683-709.
- Phares, E. (1955). *Changes in expectancy in skill and chance situations*. Columbus : Ohio State University Press.
- Rodin, J. (1986). "Aging and health: effects of the sense of control", *in Science*, 233, 1271- 1276.
- Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York : Prentice-Hall.
- Rotter, J. (1975). « Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal vs External Control of Reinforcement", *in Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Seligman, M. (1975). "L'impuissance acquise chez l'être humain : une présentation théorique », *in L'année psychologique*, 677-702.
- Wallston, K. et al. (1978). "Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales". *in Health Education Monographs*, 6, 160-170.

Winnubst, J. et al. (1988). "Social support and stress : perspectives and processes", in *Handbook of life stress, cognition and health*, 511-528.

Yesavage, J. et al. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. in *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention*, 165-173.