

MEMOIRE

L'impact des croyances dans un chemin thérapeutique : l'exemple du Togo

Manon Reynaud

Matricule 000391715

Master 2 psychologie clinique et psychopathologie

Réalisé sous la direction du professeur Christophe LEYS,
en vue de l'obtention du grade de master en sciences psychologiques.



Année académique 2018-2019

“Psychology is much larger than curing mental illness or curing diseases. I think it’s about bringing out the best in people; it’s about positive institutions; it’s about strength of character.”

Martin Seligman (1998)

Avant tout propos, j'aimerais remercier ici mon entourage qui m'a soutenu dans l'élaboration de ce projet ces deux dernières années.

Merci d'abord à mes parents, Nathalie et François, sans qui ni ces études, ni ce voyage au Togo n'auraient pu se faire.

Également Youri, qui m'a suivie tout au long de cette aventure.

Mes remerciements aussi à l'Université Libre de Bruxelles qui a permis ce stage à l'étranger et notamment au professeur C.Leys qui, en tant que maître d'œuvre de ce mémoire, m'a donné de la confiance et a rendu l'expérience de ce parcours en master agréable.

Merci également à l'ONG UJPOD, Union des jeunes pour le développement, et leur responsable du pôle santé mentale, Anne-Laurence Halford, pour m'avoir mise en relation avec mon lieu de stage au Togo.

Je remercie le centre Paul Louis Renée de Lomé et toute son équipe pour m'avoir accueillie et formée durant 4 mois à la psychologie. De m'avoir intégrée de manière bienveillante et soutenue dans la réalisation de cette étude.

J'adresse des remerciements tout particuliers à Monsieur Adekambi Richard pour m'avoir aiguillée et tant apporté par son regard clinique. Merci d'avoir partagé une partie de la culture Togolaise avec moi.

J'aimerais enfin remercier chaleureusement Claudine, Véronique et Loïc qui se sont attelés à la tâche laborieuse de relecture de ce travail. Merci pour votre confiance, patience et votre bienveillant regard qui m'a aidé à me remettre en question.

Pour finir, un grand merci au reste de ma famille et de mes amis, ceux qui ont croisé mon chemin et apporté leur soutien.

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	7
I. Introduction.....	8
I.A. Contexte théorique.....	8
I.A.1. Des <i>Stratégies de coping</i> à la <i>Résilience</i> : <i>Sens de la Cohérence et Impuissance Apprise</i>	8
I.A.2. <i>La théorie du Lieu de contrôle</i>	13
I.B. Hypothèses.....	16
II. Méthodologie.....	17
II.A. L'exemple du Togo.....	17
II.A.1. <i>Représentations de la santé mentale au Togo</i>	17
II.A.2. <i>Les croyances togolaises</i>	19
II.B. Participants.....	20
II.C. Matériel.....	21
II.C.1. <i>Echelle du Lieu de contrôle (LOC-29)</i>	21
II.C.2. <i>Echelle du Sens de la Cohérence (SOC-13)</i>	23
II.C.3. <i>Echelle de l'impuissance apprise (LHS-11)</i>	23
II.D. Procédure.....	24
III. Résultats.....	25
III.A. Analyses statistiques.....	25
III.A.1. <i>Tableau 1 : Bilan statistique</i>	26
III.B. Interprétations.....	26
III.B.1. <i>Figure 1 : Prédiction du SOC par le LOC</i>	28
IV. Discussion.....	28
IV.A. Les biais techniques.....	29
IV.B. Le biais de conformité.....	32
IV.C. « Le phénomène hybride ».....	33
IV.D. Une vision ethnocentrée.....	34

IV.D.1. <i>Une recherche anthropologique</i>	34
IV.D.2. <i>Une réponse ethnopsychiatrique</i>	37
V. Conclusion.....	39
Références.....	41
Annexes.....	47
Annexe 1 : échelle SOC-13 (Antonovsky, 1987).....	47
Annexe 2 : échelle LHS-20 (Quinless et Nelson, 1988).....	50
Annexe 3 : échelle LOC-29 (Rotter, 1966).....	52
Annexe 4 : Consentement éclairé.....	56

Définitions des codes

- GT : Groupe Togolais
- GE : Groupe Européens
- LOC : Lieu de Contrôle
- SOC : Sens de la Cohérence
- IA : Impuissance Apprise
- VI : Variable Indépendante
- VD : Variable Dépendante

Résumé

Dans cette recherche il est question d'investiguer le rôle des croyances dans un chemin thérapeutique en comparant deux visions distinctes : un point de vue occidental, individualiste face à celui d'un pays collectiviste, ici le Togo. Le but de cette étude est de mieux les cerner afin d'adapter notre pratique clinique lorsqu'il s'agit de cultures diverses pour une meilleure prise en charge psychothérapeutique. Nous avons alors testé le lieu de contrôle (Rotter, 1966) d'une trentaine de sujets dans chaque groupe à partir de l'échelle du LOC-29 (Rotter, 1966). La première hypothèse est que les individus issus d'une société collectiviste ont un lieu de contrôle davantage externe à ceux d'une société individualiste. Nous avons ensuite cherché à comprendre l'impact de cette attribution des responsabilités sur deux concepts de coping : d'abord en mesurant leur niveau de contrôle sur ce qui leur arrive avec l'échelle d'Impuissance apprise, la LHS-20 de Quinless et Nelson (1988), puis en donnant une estimation du sens qu'ils attribuent à l'événement grâce à l'échelle du Sens de la cohérence, la SOC-13 d'Antonovsky (1987). L'hypothèse suivante étant que les Togolais qui présentent un locus¹ externe, auraient un score moins élevé à l'échelle du SOC, mais plus élevé à celle de l'Impuissance apprise que les Européens. Les résultats n'ont soulevé aucune différence significative entre le Lieu de contrôle du Groupe Togolais (GT) et du Groupe Européens (GE). Nous n'avons pas observé non plus de différence au niveau du Sens de la cohérence, mais nous en retrouvons une significative pour l'Impuissance Apprise (Seligman, 1967) : le GE ayant une moyenne plus élevée que le GT contrairement aux attentes. Enfin, nous avons remarqué que le Lieu de contrôle (LOC) influence significativement le Sens de la cohérence (SOC), mais pas le sentiment d'Impuissance (IA). Une relation négative s'en est dégagée, c'est-à-dire que plus le LOC est élevé, ce qui correspond à un locus davantage externe, moins le SOC est élevé.

Mots clés : *Lieu de contrôle, Sens de la cohérence, Impuissance apprise*

¹ « Locus » en anglais signifie le « lieu ».

I. Introduction

I.A. Contexte théorique

Nous parlerons principalement ici de concepts utilisés dans le domaine de la psychologie positive qui ne cessent de fluctuer (Seligman et Csikszentmihali, 2000). Au lieu de s'attacher aux symptômes, à la pathologie ou traiter ce qui va mal à posteriori, cette clinique propose de se concentrer et de travailler davantage les aspects positifs chez une personne, ses capacités, forces, qui lui permettront d'aller mieux. C'est avec cette approche qui me tient à cœur que je réalise la recherche. J'espère ainsi mieux comprendre les différents points de vue qui peuvent influencer un « itinéraire thérapeutique » comme le nomme le professeur Dassa (2008).

I.A.1. *Des stratégies de coping à la Résilience : Sens de la Cohérence et Impuissance Apprise*

Ces stratégies adaptatives mises en place souvent face à une souffrance psychique, signifient en fait celles « pour faire face » (Erikson et Lindström, 2012). Elles nous permettent de gérer de manière volontaire des situations stressantes. S'engager dans ce type de comportement, c'est apprendre à faire avec le stress et mobiliser des émotions positives pour contrôler les négatives (Carver et Connor-Smith, 2010). Antonovsky (1987), l'un des pères de la psychologie positive, parle, lui, du principe de Salutogénèse. De la même manière, il pense que nous sommes constamment exposés à du stress, à des situations nouvelles et à des maladies dans notre vie mais que pour autant nous vivons avec ces incidents de parcours (Fossion et al., 2014). Il s'est alors demandé comment cela était possible, et y a répondu par le fait que nous mettons en œuvres des forces en place pour mieux gérer des situations problématiques. Etymologiquement, la Salutogénèse signifie « les origines de la santé » en latin. Elle serait illustrée par un mouvement qui va vers une recherche de cette santé, et non de la pathologie, après un stress important. L'un des grands mécanismes de ce concept est le Sens de la cohérence (SOC), qui est mesurable à l'aide de son échelle la SOC-13² (Antonovsky, 1987). C'est-à-dire la manière dont nous percevons ce qui nous arrive et le sentiment que nous éprouvons face à certaines situations. Eriksson et Lindström (2005) observent que ce sentiment a une répercussion positive sur la façon de voir sa vie, car en effet le Sens de la cohérence sous-tend

² Voir Annexe 1

un environnement compréhensible, qui a du sens et que nous contrôlons. Ce sont ces trois facteurs qui joueraient un rôle important dans notre perception du sentiment de bonheur ressentis au quotidien. Pour Fossion et al. (2014) le Sens de la cohérence serait même un médiateur dans l'apparition de troubles anxieux suite au vécu d'un traumatisme d'enfance. C'est-à-dire qu'un sens de la cohérence élevé, diminuerait le risque moindre de développer un trouble anxieux suite à un traumatisme. Ce sentiment modulerait donc notre façon de gérer une souffrance et aiderait à renforcer celui de bien-être.

Il me semble alors pertinent de prendre en compte ce sentiment dans un contexte de reconstruction psychologique, de guérison ou lorsque nous devons faire face à un mécanisme psychique douloureux. Jakobsson (2011) discute de la Salutogénèse d'Antonovsky (1987) comme une continuité entre la santé et la maladie, non comme deux aspects indépendants chez une personne, non comme deux adjectifs distincts poussant à réduire une personne à l'un ou l'autre état. Il reprend dans son étude les 3 composantes du Sens de la Cohérence : la compréhension (« comprehensibility » en anglais), qui amène à savoir mieux gérer (« manageability »), qui à son tour entraîne plus de Signification (« meaningfulness ») dans nos comportements et vécus. Il semble intéressant d'évoquer des sous-catégories de ce sentiment de cohérence, notamment au niveau de différences de genre par exemple. Mahammadzadeh et al. (2010) ont trouvé des différences entre les femmes et hommes iraniens en leur administrant la SOC-13 afin de tester sa validité dans ce pays. Les hommes ont révélé un sentiment de cohérence significativement plus fort que les femmes et cela se retrouve également dans chaque subtest indépendamment. C'est-à-dire que les hommes, dans cette étude, ressentent plus de compréhension, ont une meilleure gestion et donnent plus de sens à ce qu'il leur arrive que les femmes. Eriksson et Mittelmark, (2017) eux ont cherché à représenter la validité de la SOC-29 et de la SOC-13 dans une étude récente qui regroupe toutes les autres où ces échelles ont été utilisées. Eriksson (2014) a fait passer la SOC-29 dans plus de 48 pays différents afin de la valider, tels que l'Érythrée, la Croatie, la Hongrie, le Soudan, la Corée...etc. Elle a même été traduite dans plusieurs dialectes africains comme l'Afar, le Bilié, le Nara...etc. Bien que l'Ewé, qui est le dialecte traditionnel le plus présent au Togo ne fasse pas partie de la liste, l'étude reste fiable et valide à l'international. C'est pourquoi nous avons choisi de l'utiliser dans notre recherche. Toujours selon Eriksson et Mittelmark, (2017), Antonovsky faisait dans sa théorie en 1987, déjà allusion à un lien entre notre vision d'un environnement interne ou externe et un bon sens de la cohérence.

Un autre concept influençant ce processus est selon nous celui de Seligman et ses collègues (1967) appelé la « Learned Helplessness theory » (Smallheer, 2011) et traduite en français par le terme de « l'Impuissance apprise » ou encore parfois « acquise » (IA). L'auteur de ce travail décrit explicitement tout le cheminement de la construction de cette théorie (Seligman et Miller, 1975) et de ses applications dans la dépression. Ce sont d'abord les études de Seligman sur l'apprentissage pavlovien avec les animaux, le conditionnement classique chez les behavioristes, en 1965 qui sont à l'origine de ce deuxième concept évoqué ici. Seligman observa une réaction involontaire d'un chien face à un stimulus négatif, lié à un environnement particulier. Un apprentissage inconscient fait que l'homme ou d'autres animaux viennent à penser qu'ils n'ont pas de contrôle sur ce qui leur arrive, comme s'ils étaient impuissants face à cette situation (Aydogan, 2016). Celui-ci est bien appris car c'est un sentiment qui se retrouve en fonction du contexte dans lequel nous sommes (Smallheer, 2011). Hiroto (1974) a retrouvé les mêmes résultats que Seligman sur les animaux, mais cette fois chez les humains. Malgré une nuisance sonore insupportable, les individus ayant reçu déjà un son désagréable n'ont pas réagi au second alors qu'il y avait une possibilité de s'échapper de la pièce d'où il provenait. Dans leur étude, Overmier et Blancheteau (1987) traduisent le terme « learn-helplessness » comme la « résignation » apprise. Un terme d'autant plus fort qu'il sonne comme un non-retour. Overmier, qui a travaillé avec Seligman en 1967 à l'élaboration de cette théorie, explique bien que ce n'est pas un comportement de type stimuli-réponse qu'ils observent mais bien une réaction apprise face à ce stimulus. Le chien accepte en quelque sorte les chocs électriques subis au bout d'un certain temps au lieu de fuir, même lorsqu'il en a la possibilité (Smallheer, 2011). Ils parlent alors d'un syndrome qui se crée sur la base de la perception du sujet face à ses possibilités, un jugement sur soi-même selon trois facteurs dits déficitaires : la motivation d'initier l'action, l'association entre la situation et ce qu'il reste du vécu traumatique et l'émotion qui en ressort (Overmier et Blancheteau, 1987). Quinless et Nelson (1988) ont, eux, construit une échelle, la LHS³ (Learned Helplessness scale), en 20 items afin de mesurer ce concept d'Impuissance apprise. Nous la trouvons également sous sa forme complète dans le travail de Smallheer (2011). Aydogan (2016) l'a utilisé pour voir l'impact de ce mécanisme dans l'apprentissage des langues. Il a pu constater qu'un faible taux d'Impuissance apprise avait un impact positif sur les attitudes des étudiants en anglais, notamment qu'ils avaient une meilleure moyenne. Ric (1996) lui, s'est appuyé sur le concept de l'Impuissance apprise afin d'expliquer certains effets de baisse de performances cognitives suite à ce qu'il nomme

³ Voir Annexe 2

« l'incontrôlabilité » face à une nouvelle tâche. Il avance aussi un lien entre le sentiment de dépression et la perte de contrôle, mesuré par Seligman (1975) qui fait partie du principe de l'IA. Toujours selon Ric (1996), l'IA chez l'humain pourrait être expliqué par un manque de motivation, de la négativité découlant des « stimulations aversives incontrôlables ». C'est-à-dire que plus nous subissons, plus nous deviendrons aigris et moins réactifs presque volontairement. Plus récemment, DeMarco (2014) tente dans une étude d'investiguer le rôle de l'IA et de la spiritualité sur l'abstinence à long terme chez des personnes addictes à des substances psychoactives telle que l'alcool. La LHS-20 employée, il trouva une relation négative ($r = -0,622$) entre celle-ci et l'estime de soi. Ce qui voudrait dire que plus nous avons une estime de soi élevée, moins nous retrouvons ce sentiment d'impuissance et inversement. D'autres travaux ont soulevé un lien entre le « Locus of Control » (Rotter, 1966), concept que nous décrirons plus bas, et l'IA (Hiroto, 1974) car l'impuissance -le sentiment de perte de contrôle- apparaîtrait lorsqu'il y aurait une absence de perception de lien entre ce qui se passe, l'action et nos réactions face à celle-ci (Abramson et al., 1978). Si le sujet ne pense pas pouvoir agir, alors il attribuerait la causalité à lui-même : cela correspondrait à un locus interne. Si les causes sont incontrôlables cela ressemblerait plutôt à un locus externe. Cette relation d'indépendance/dépendance entre nos propres comportements et les événements autour de nous serait à la base du sentiment d'IA et aurait comme conséquence un « déficit émotionnel » envers soi selon Ric (1996), plus simplement transcrit par une baisse de l'estime de soi.

Tester ce sentiment nous permettra alors de comprendre comment les sujets participant à la recherche intègrent leurs souffrances, se saisissent de la situation et ce qu'ils pensent pouvoir en faire. Des aspects qui nous semblent primordiaux à prendre en compte dans les objectifs d'une psychothérapie.

C'est ce que tentent aussi Blanc et al., (2016) dans leur étude, mais ici en mesurant la résilience (Werner, Bierman, et French, 1971) chez des Haïtiens qui pratiquent le vaudou et qui ont subi le séisme marquant l'année 2010. La résilience étant ce vers quoi nous tendons grâce aux stratégies de coping, et qui est également mesurable. Les résultats nous montrent que les sujets sont plus vulnérables à la dépression suite à la catastrophe mais rapportent malgré tous des facteurs de résilience plus forts, observés grâce à la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Liés à l'apprentissage, ces différents principes permettent donc de faire évoluer nos forces, aptitudes à avancer, suite à un événement vécu comme traumatisant ou non. Nous discutons alors de mécanismes qui font appel à nos capacités de rétablissement, nos aptitudes à nous reconstruire. La résilience est d'ailleurs corrélée positivement aux affects positifs et

négatifs, ainsi qu'à notre état de santé généralisé (Karampas et al., 2016). Une personne chez laquelle les émotions positives dominant davantage, obtient une meilleure résilience et une meilleure santé et inversement pour quelqu'un de négatif. Toujours selon Karampas et al., (2016) il n'y aurait pas qu'une définition de la résilience. Mais des concepts tels que des stratégies de coping qui sont en lien direct avec le concept de résilience. Ils citent dans leur étude les résultats de Masten et Wright (2010) traduits comme suit : « la nature de la résilience est une combinaison de caractères personnels et capacités de contrôle individuel, aussi influencés par la situation, le contexte et l'environnement. »

En France la notion de résilience a été définie dans les années 2000, par le psychiatre Boris Cyrulnik, à partir du suivi de personnes ayant vécu dans des camps de concentration. Dans un récent ouvrage « Résilience, connaissances de bases » co-écrit avec Gérard Jorland, il reprend les origines de ce concept et décrit les phénomènes qui interviennent dans ce processus. En effet, pour ces auteurs, la résilience se met en place étape par étape. C'est un mécanisme dynamique qui évolue et qui dépend de la capacité des individus à se reconstruire après un traumatisme (Cyrulnik, 2012). Dans la littérature scientifique il est difficile de retrouver une définition exacte car victime d'un intérêt grandissant, cette nouvelle conception de la guérison a été galvaudée. Dans une perspective culturelle, Ionescu et al. (2010) abordent le lien entre la résilience et les facteurs qui favorisent celle-ci. Nous pouvons noter le rôle des systèmes traditionnels de prise en charge mise en place dans le processus de résilience dans certains pays tel que le Rwanda. Dans celui-ci, les personnes atteintes de troubles psychologiques se tournent parallèlement vers des thérapies traditionnelles non seulement du fait d'un faible nombre de psychologues et psychiatres disponibles mais aussi de par leurs croyances. Le rituel « kubandwa » par exemple permettrait d'invoquer le Dieu créateur pour guérir de la maladie (Ionescu et al., 2010). Cependant, nous devons également soulever que la résilience est souvent corrélée au vécu d'un traumatisme (Ungar et al., 2005). Ces chercheurs ont notamment testé la résilience sur 14 populations différentes, liées directement à des problématiques de traumatismes bien définis en Afrique du Sud touchée par le VIH ou la Palestine avec des enfants victimes de la guerre. Ce serait donc une condition à l'étude, une variable à contrôler. Or, c'est ici le fonctionnement en santé mentale général qui nous intéresse, pas seulement celui d'un échantillon de personnes traumatisées. Les participants à cette recherche ne seront pas forcément touchés par un traumatisme, il n'y a pas lieu alors de mesurer cela chez eux. Malgré tout, il semblait non-justifié de parler des stratégies de coping sans parler de la résilience, celle-ci nous permettant de mieux comprendre la logique d'une clinique dite positive.

Une multitude d'autres concepts issus de cette conception du travail psychologique ont attisé notre curiosité tels que la Robustesse psychique (Kobasa, 1973) ou encore le Bonheur subjectif (Kostou et Leys, 2017) mais ne correspondaient pas à l'élément de recherche. Gardons à l'esprit que le but de cette étude n'est pas seulement de faire émerger les capacités à se remettre d'une souffrance psychique, mais bien plutôt d'observer comment ces facteurs peuvent être influencés par les croyances de cet échantillon de personnes et de pouvoir les comparer à des individus qui ont d'autres croyances. En somme, un travail qui reste avant tout dans un esprit interculturel.

I.A.2. *La théorie du lieu de contrôle*

Afin de pouvoir mesurer ces croyances, il nous faut avant tout définir ce terme et cibler ce qu'il recouvre dans cette étude. Nous verrons ensuite que le concept psychologique du « Locus of Control » de Rotter (1966) pourrait nous permettre de mesurer cette dimension grâce à la I-E scale⁴ (Rotter, 1966), de manière quantitative car il recouvre les mêmes aspects. Commençons alors par la culture, dont nos croyances font partie et qui est définie par Geert Hofstede (1991), professeur en anthropologie des organisations, comme « une programmation mentale collective propre à un groupe d'individu ». Selon l'UNESCO la culture serait au sens le plus large un « ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social [...] les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. » En étiologie ce sont tous les comportements observables, les savoirs et le système de sens qui recouvrent la dimension de culture. Nous pouvons donc dire qu'elle englobe un système de multiples croyances propre à chaque individu, ou se référant à des idées de groupe. C'est sur ce type de croyances là que nous allons nous appuyer tout au long de ce travail, celles qui motivent chacun de nos comportements humains et le sens que nous leur donnons.

Le « locus of control » (Rotter, 1966) est un concept élaboré à partir de la Théorie de l'apprentissage (Rotter, 1954) qui stipule que l'acquisition de performances et connaissances passe par un renforcement de nos réponses comportementales. Chaque personne perçoit un événement sous un angle différent suivant le lieu de renforcement qu'il a expérimenté. C'est ce « lieu » qui a forgé sa vision du monde, y a participé. La perception de la relation entre son propre comportement et ce qu'il génère ou ce qu'il subit (Rotter, 1966). L'échelle construite par Rotter (1966), la LOC-29 serait donc bien une manière de mesurer le sens que nous mettons

⁴ La I-E scale (Internal-External scale) est une autre façon de nommer l'échelle du LOC-29 de Rotter (1966).

dans ce que nous vivons, ou encore la perception de nos propres actions. Deconchy (1978) reprend d'ailleurs cette définition et la met en lien avec nos attitudes et comportements religieux, autrement dit, nos croyances. Si ce qui nous arrive provient d'un élément externe alors cela correspond à la théorie de Rotter (1966) qui dit que certaines personnes perçoivent le lieu de renforcement indépendamment à eux-mêmes, tels que « la chance et le hasard » et qui viennent modifier leurs comportements. Ou à l'inverse, nous attribuons la cause de ce qui nous touche ou de nos actions à des forces internes, dépendantes de l'individu lui-même (Dubois, 1985). Par exemple, le fait de rater un examen dépend de ma manière de réviser (lieu de contrôle interne) ou du professeur qui note sévèrement (lieu de contrôle externe). C'est bien l'interprétation d'un événement dont il est question (Rotter, 1966) donc du sens que nous pouvons mettre en ce qui nous arrive. C'est ainsi que ce concept rejoint l'idée des croyances au sens large ou des attitudes religieuses. En implorant Dieu ou d'autres divinités qui seraient à l'origine de notre état de vie, nous transférons la responsabilité de ces actions et comportements à des forces extérieures non contrôlables (Deconchy, 1978). Allport (1967), de son côté, a distingué dans son étude deux formes d'orientations religieuses : certaines religions seraient alors « intrinsèques », définies par des individus qui soutiennent un type d'appartenance communautaire qui sert à tous et à des fins religieuses. Ces pratiquants seraient alors compréhensifs, tolérants et intégrant l'Autre, leur prochain, au travers d'un comportement lié à la bonne foi. D'autres nommées comme « extrinsèques » recouvriraient plutôt les champs de la dévotion, de l'individuel et de ce fait contribueraient à l'exclusion, aux préjudices. L'individu se servirait de la religion ici comme un instrument pour atteindre un but, un certain confort pour soi et une possibilité d'évasion. De cette recherche en découlèrent d'autres, explorant le lien entre ces construits et le bien-être chez l'homme. Une comparaison entre le lieu de contrôle d'individus d'une église conservatrice comparé à celui d'une église classique, a montré une corrélation négative et significative (Strickland et Shaffer, 1971). Ce qui induit que plus une personne est conservatrice, donc d'orientation religieuse plutôt extrinsèque, plus le locus serait interne et inversement. Ce qui semble intuitivement correspondre au point de vue de notre présente recherche. Comme explicité plus haut, un lieu de contrôle interne est considéré comme centré sur la personne, comme le concept d'une orientation extrinsèque définie par Allport (1967). Inversement pour un lieu de contrôle externe qui se rapprocherait d'une vision intrinsèque de la religion. Jackson et Coursey (1988) ont également démontré que les personnes adeptes d'une église chrétienne évangélique et provenant d'une congrégation Afro-Américaine avaient un lieu de contrôle significativement interne. Ce type d'église-ci serait défini comme orienté extrinsèquement par Allport (1967). Dans sa thèse, Samani Way (2008), a soulevé une

relation significative entre l'orientation religieuse telle que la définit Allport (1960), la religion et le lieu de contrôle chez les Nigériens.

Un autre aspect important soutient le parallèle entre nos croyances et le concept psychologique du Lieu de contrôle : Smith et Trompenaars (1995) ont administré l'échelle de locus (Rotter, 1966) à 43 pays en s'appuyant sur l'étude de Hofstede (1991) qui définit les pays de manière duelle comme individualistes ou collectivistes. Ils distinguent les pays de L'Ouest, « Western countries », comme individualistes et qui obtiennent un locus de control majoritairement interne contrairement aux autres pays dit collectivistes qui ont une population avec un lieu de renforcement plutôt externe. En plus d'un lien entre nos croyances et ce concept de lieu de contrôle, il y a également, et sans surprise, une corrélation positive dans la distinction que nous faisons des cultures, entre une culture individualiste et un contrôle interne et inversement. Pour Parsons et Schneider (1974) les individus japonais, considérés comme provenant d'un pays dit collectiviste, ont bien un lieu de contrôle plus externe que les autres groupes (français, canadiens, américains, ou indiens).

Enfin, pour relier le concept du Sens de la cohérence et celui d'Impuissance apprise, Wang et al. (2017) définissent le « Locus of control » comme un concept permettant de répondre à l'environnement et de le contrôler. Pour les individus au locus externe, l'environnement serait perçu comme incontrôlable telle la culture dont nous sommes tous imprégnés au départ, sans la choisir. Ou encore fait de chance et malchance dont nous sommes acteurs. Ceux au locus interne attribuent leur degré de renforcement à leurs propres actions déterminées par leurs capacités, c'est-à-dire ce qu'ils mettent en œuvre pour en arriver là. Cette perception du contrôle fait écho au sentiment d'incontrôlabilité cité par Abramson et al., (1978) qui forge l'Impuissance apprise face à une situation et par conséquent diminue le Sens de la Cohérence. De plus, l'étude de Samani Way (2008) met en évidence des différences significatives entre le niveau d'Impuissance apprise selon la religion des individus. Les chrétiens ressentent moins ce sentiment d'incontrôlabilité que les musulmans et autres religions par exemple. Il l'explique par le fait que la foi a beaucoup plus d'importance pour les chrétiens, tandis que l'Islam met l'accent davantage sur le destin.

Ce sont ces nombreux liens et relations, articulés jusqu'ici qui nous ont amené à prendre certaines directions dans cette étude.

I.B. Hypothèses

Les croyances et types de cultures impactent donc tout comportement et de ce fait notre façon de guérir : elles influencent également la manière dont nous percevons l'origine de nos symptômes, des maladies, ou de ce qui nous arrive. C'est ce qui nous amène à la première hypothèse (H1) : les Togolais ont un lieu de contrôle externe, de par leurs croyances et le fait qu'ils viennent d'un pays collectiviste. C'est-à-dire que ce qui leur arrive proviendrait de forces externes à eux, indépendantes de leurs actions (Rotter, 1966). Nous le verrons plus bas, la maladie mentale dans ce pays est perçue comme un don ou une malédiction due à un sortilège (Dassa, 2009), donc bien une cause externe à leur personne.

De ce fait, ils ne la traitent pas de la même manière qu'un individu de culture individualiste, comme c'est le cas en Europe (Hofstede, 1980). En effet, un Européen ayant un locus de contrôle interne, se tournera plus naturellement vers une psychothérapie pour faire un travail davantage introspectif, sur soi directement. Nous nous attendons alors à une différence significative entre les scores de la LOC-29 du groupe togolais et ceux du groupe européen.

Nous posons également l'hypothèse (H2) que nos croyances, ici interprétées au travers du Lieu de contrôle censé différer entre nos deux groupes (H1), jouent un rôle dans nos comportements, et plus précisément dans cette étude, notre comportement thérapeutique. Celle-ci s'est fixé comme but un travail clinique adapté au patient pour être plus efficace. Pour aller plus loin, nous faisons aussi l'hypothèse qu'avoir un lieu de contrôle externe implique un sentiment de Sens de la cohérence (Antonovsky, 1987) plus faible (H3). Alors qu'il sera plus élevé pour ce qui est de l'Impuissance apprise (Seligman, 1967) face à ce qui nous arrive (H4). En effet, si un individu est indépendant de ses actions et comportements, il aura, semble-t-il, moins de contrôle ou moins la possibilité de mettre du sens dans ce qui lui arrive. De plus, le sentiment de ne rien pouvoir faire de plus comparativement à quelqu'un qui tente de gérer ses actions, renforcerait l'impression d'impuissance. Ce sont des biais qui joueraient sur un mal-être.

La nationalité, et par conséquent le Lieu de contrôle, sera ici la variable indépendante. Quant au Sens de la cohérence et de l'Impuissance apprise, ils seront tous deux les variables dépendantes.

- **(H1)** Les Togolais ont un Lieu de contrôle (Rotter, 1966) plus externe que les Européens qui ont un lieu de contrôle interne si l'on se base sur la culture et les croyances respectives de chacun de ces groupes.

- **(H2)** La culture et les croyances des individus influencent le Sens de la cohérence (Antonovsky, 1987) et l'Impuissance Apprise (Seligman, 1967).
- **(H3)** Les personnes ayant un lieu de contrôle externe (GT) ont moins de Sens de la cohérence que ceux avec un groupe de contrôle interne (GE) et inversement.
- **(H4)** mais plus d'Impuissance apprise (GT >GE).

II. Méthodologie

II.A. L'exemple du Togo

Avant de décrire le protocole expérimental de cette étude, il est indispensable de préciser avant comment le Togo perçoit la psychologie, une pratique encore nouvelle pour ce pays en plein développement. Cette précision justifie ainsi le choix de participants lié à notre variable indépendante, le locus.

II.A.1. Représentations de la santé mentale au Togo

En effet, les sciences psychologiques ainsi que les psychothérapies dites modernes (Dassa, 2008) ne tiennent pas encore une grande place dans les esprits des Togolais. *Le Plan National de développement sanitaire* (PNDS) du Ministère de la santé togolaise pour les années à venir 2017 à 2022 place pourtant dans ses priorités « le renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles », les MNT. Entendons par là certains troubles psychosomatiques comme des maladies cardio-vasculaires, le cancer, les affections respiratoires mais qui désignent aussi bien le handicap mental. Selon le rapport de l'OMS (2013) en Afrique les MNT sont maintenant l'une des premières causes de mortalité dans le secteur de la santé, et dépassent les maladies transmissibles ou liées à la maternité. Les facteurs tels que le tabagisme, consommation de drogues et alcool ainsi qu'une mauvaise alimentation et un niveau sanitaire dégradé sont cités. Il semblerait alors que le besoin en santé et en santé mentale soit bien présent dans ce pays d'Afrique de l'Ouest. Malgré ce constat, le PNDS rapporte aussi qu'il y a peu d'informations récentes à propos de la psychologie et une insuffisance d'accès aux soins et à un diagnostic psychothérapeutique. Dans le rapport du Ministère de la santé (2017) sur le dernier PNDS mis en place, nous retrouvons le terme de « maladies non transmissibles » associé à « un lourd fardeau » pour le Togo. Le terme est lié aussi bien aux handicaps qu'aux catastrophes naturelles et aux épidémies. Autrement dit, le PNDS fait référence à des troubles liés à des traumatismes. En revanche la notion de maladie mentale, psychique ou psychologique

n'apparaît jamais telle quelle. Cela semble démontrer que la psychologie n'est pas encore quelque chose de concret dans ce pays.

Au campus du CHU de Lomé, nous avons pu, malgré les difficultés qu'éprouvent les politiques à gérer les problèmes sanitaires et les troubles psychologiques en particuliers, trouver différentes études menées par des étudiants en Master psychologie. Comme celle que Koumou (2007) a réalisée autour de la dépression. Certes, il explique que dans certains villages au Togo, le terme « dépression » n'existe même pas dans le dialecte. Pourtant, on retrouverait des personnes décrivant des humeurs dépressives ou souffrant de dépression. Seulement, et c'est aussi ce qui avive notre intérêt, il démontre que les symptômes exprimés ne sont pas les mêmes que les symptômes décrits et définis par les Occidentaux. Koumou (2007) parle même de « dépression chez le Noir Africain » qui se différencie de l'auto-flagellation, auto-démotivation, du stress et du sentiment de culpabilité ressentis par les personnes provenant de sociétés plutôt individualistes. Ahyi (1977) parle de l'hypocondrie et des idées de persécution provenant de l'autre comme symptômes de la dépression. Au Togo, le regard de l'autre sur nos actions prime sur l'attention portée à soi-même. Autrement dit ce ne sont pas les mêmes choses qui touchent et font souffrir des Togolais et des Européens. À la suite de son étude réalisée à l'hôpital psychiatrique de Zébé, Koumou (2007) recense 47,22% de dépressions réactionnelles trouvées. Les signes avant-gardistes les plus fréquemment perçus sont l'inhibition - ce qui est très mal perçu dans une société collectiviste comme nous le verrons ensuite – les plaintes somatiques (représentant 65,88%) et « l'asthénie » (51,76%). Tchokou, K. (2008) lui a étudié ces différentes zones de somatisation de la dépression à travers le prisme de la religion. Au-delà de l'aspect culture, il a pu démontrer dans son étude que les personnes chrétiennes expriment des douleurs à l'abdomen, au thorax et à la tête. Les musulmans « somatisent sur la peau, à la zone anale et génitale », selon lui. Enfin les animistes somatiseraient la dépression d'une manière particulière. Il a approfondi son travail en tentant d'observer le choix inconscient de la zone de somatisation dépressive ciblée par le patient (type : lombalgie, constipation, céphalée, palpitations, libido, nausées, abdominales) par 8 appartenances ethniques différentes (type : Ewé, Kabye, Bassar, Watchi...etc). Il a pu ainsi affirmer que les symptômes diffèrent et dépendent bien de la culture mais encore plus précisément des croyances d'origines.

C'est cette même vision des cultures et leur impact sur nos comportements qui nous a poussée à imaginer des différences dans le chemin thérapeutique d'une population différente de la nôtre, car la souffrance n'est ni ressentie, ni exprimée de la même manière. Dans le contexte d'un travail psychologique interculturel, il paraît évident que nous ne pourrions pas

traiter un individu aux croyances différentes des nôtres sans prise en compte de ces dernières. C'est bien là tout l'objet de cette étude.

II.A.2. *Les croyances togolaises*

Au Togo, plusieurs croyances et religions cohabitent, telles que l'islam et le christianisme mais aussi et surtout l'animisme qui domine et se perpétue de génération en génération. Selon une étude menée au Togo de Ségbéna et al. (2009), concernant le besoin en transfusion sanguine, 50% de la population serait animiste. Il semblerait que les Togolais restent attachés aux coutumes ancestrales et croient alors en l'existence d'un Être supérieur auquel s'ajoutent d'autres divinités (Rivière, 1981). Le rôle des féticheurs ou guérisseurs est très reconnu, la médecine traditionnelle ou tradithérapie est souvent pratiquée parallèlement à la médecine moderne (Pio et al., 2013). Pour Pio et ses collègues, près de 24,52% des patients se sont tournés vers une tradithérapie pour combler ou remplacer un traitement prescrit pour la tension artérielle. Les docteurs en psychologie, Dr. Salifou-Ouro Sama et Dr. Tani Rissik (2006) ont tenté de mettre en lien la médecine moderne et traditionnelle au Togo, tant cette dernière est présente dans la vie de la population, afin que les deux pratiques puissent collaborer pour le bien-être des individus. Ils soulignent le coût trop élevé de l'accès aux soins modernes pour les Togolais qui vivent dans le 13^{ème} pays le plus pauvre du monde, selon un sondage du JDN⁵ en 2018. Ce facteur économique pourrait expliquer en partie la non-fréquentation de ce nouveau type de structure psychothérapeutique. Un facteur financier effectivement non négligeable mais les auteurs rapportent également que certaines maladies ne peuvent pas être traitées par les médecins modernes, comme celles liées à « la sorcellerie, à des facteurs d'influence supranaturelle ou des transgressions de tabou » (p.8). Ces pathologies étant traitées par des rituels et faisant partie de leur système de croyances, ils notent que 66% de la population togolaise se réfère de préférence à cette médecine traditionnelle.

Il est intéressant de préciser que ces croyances sont le cœur de l'animisme. Cette religion lie l'homme et les forces de la nature dans un ensemble de coutumes et de rites : par exemple, à la naissance d'un enfant, le placenta est enterré afin de créer le lien entre l'homme et la terre et apporter la prospérité aux prochaines naissances (Rivière, 1981). Les tradithérapies au Togo, qu'ils pratiquent là-bas via des rituels vaudous, passent par des initiations et le culte des ancêtres (Dassa, et al., 2008). Dassa et ses collègues parlent de « cultes polythéistes ancestraux où se pratiquent la transe et la possession » et où les adeptes tentent de communiquer avec les esprits.

⁵ JDN : « *Journal du net* ».

Les Togolais considèrent que ce qui leur arrive provient d'une cause externe à eux, et se mettent alors à traiter celle-ci, la cause est matérialisée au travers de totems, au lieu de soigner la personne, ou de traiter les symptômes chez elle directement. Ce qui n'est pas sans rappeler la distinction faite par Allport (1967) entre des adeptes optant pour des croyances et une pratique intrinsèque ou extrinsèque de la religion comme nous l'avons expliqué plus haut. Selon une autre étude de Dassa et al. (2009), les représentations de l'état mental au Togo sont influencées par ces croyances partagées. Être atteint d'un handicap mental relèverait de la sorcellerie. Ce serait la conséquence d'une malédiction jetée sur la famille, ou à l'inverse un don divin, surnaturel. Ces croyances-ci seront déterminantes dans le traitement des personnes atteintes d'un trouble psychique : l'individu affecté sera soit rejeté par leur groupe d'appartenance soit vénéré. Les soins apportés au sujet seront alors diamétralement opposés : soit lui et sa famille auront accès à des aides et un soutien de la communauté, soit-il ne recevra rien si ce n'est du mépris. Nous partons alors du principe que selon la plupart des Togolais la maladie mentale est une conséquence à de forces extérieures. Ce qui nous amène à faire l'hypothèse (H1) qu'ils ont un lieu de contrôle externe (Rotter, 1966) et à questionner l'impact qu'il peut avoir dans leurs soins.

II.B. Participants

La 1^{ère} étape de cette recherche a été réalisée auprès d'un échantillon de 32 individus d'origine togolaise, sélectionnés de manière aléatoire sans discrimination de sexe et ou limite d'âge. En revanche tous les participants sont des patients du service psychologique du centre de santé mentale Paul Louis René à Lomé, au Togo, en Afrique de l'Ouest. Pendant 4 mois, ce centre a été le lieu de mon second stage dans le cadre du master 2. J'y ai réalisé des entretiens d'accueil, puis des suivis psychologiques au sein de l'institution. C'est lors des entretiens que j'ai pu proposer aux patients de participer à l'étude. L'échantillon du GT se compose de 10 femmes et 22 hommes, âgés de 17 à 56 ans.

Les mêmes tests ont ensuite été administrés, en ligne via google Form, à des personnes d'origines européenne (Belges et Français) représentant un échantillon de 36 participants. Nous y retrouvons 25 femmes et 11 hommes âgés de 22 à 80 ans. Ces pays sont inclus dans l'étude de Smith et al., (1995) dans le groupe « Western European nations » correspondant aux sociétés dites individualistes en s'appuyant sur la recherche de Jensen, Olsen, et Hughes (1990). Ceux qui ont rempli les tests dans ce groupe-ci (GE) ont également déjà vécu une psychothérapie ou

étaient actuellement en train d'en suivre une. Pas d'autres critères d'inclusion ou d'exclusion n'ont été retenus afin de définir cet échantillon.

II.C. Matériel

Lors d'un entretien semi-structuré qui suivait leurs entretiens cliniques au CSM de Lomé, les participants du GT étaient informés de la démarche de cette étude et les tests leur étaient présentés. Un consentement éclairé⁶ leur a été également fourni, celui-ci étant lu en présence du chercheur/stagiaire et signé par le participant avant de commencer à remplir les tests.

Si le sujet avait donné son accord, je poursuivais l'entretien en demandant au participant de remplir les trois échelles dans l'ordre suivant : celle du « Sens de la cohérence » (Antonovsky, 1987), la SOC-13, ensuite la « Learned Helplessness scale », LHS-20, de Quinless, F. W., et Nelson, M. M. (1988), puis celle du « Locus of Control » de Rotter (1966), la LOC-29. Le tout a été rempli à la main sur papier avec un simple stylo Bic. Les Togolais parlent français, mais, afin de m'assurer de la bonne compréhension de chaque item, je restais à côté des participants afin d'apporter certaines définitions ou clarifications si cela était demandé, seulement au niveau du vocabulaire.

Les mêmes tests et dans ce même ordre ont été mis en ligne afin que les participants du GE puissent les remplir. Les données ont donc été récoltées via l'ordinateur cette fois et les tests remplis sans la présence du chercheur/stagiaire.

Aucun pré-test n'a été effectué car les échelles utilisées ont déjà été validées et employées en Europe. En revanche, par manque de recherches au niveau du Togo, les échelles n'ont pas été validées au préalable dans ce pays.

II.C.1. *Echelle du Lieu de contrôle (LOC-29)*

Cette échelle a été créée par Rotter en 1966, citée par Pervin (1993). L'adaptation française a été empruntée dans notre étude, en partie, à Alaphilippe et Chasseigne (1993) ainsi que traduite par nous-même pour les 14 derniers items. Elle se compose de 29 couples d'items qui sont notés par des points. Nous pouvons scorer entre 0 et 23 points. Selon si le sujet choisit l'item a) ou l'item b) cela lui rapporte ou non un point. Le calcul de points est précisé dans un grand nombre d'études l'employant, telle que celle de Haruna et Alhaji Ahmadu (2014), sur

⁶ Voir Annexe 4

une population Nigérienne. Les auteurs ont cherché à savoir si le Lieu de contrôle avait un impact sur l'anxiété ressentie par des étudiants, en faisant l'hypothèse que ceux avec un locus interne expérimenteraient moins d'anxiété. Pas de différence significative n'a été observée entre le lieu de contrôle des étudiants Nigériens et leur religion. Les auteurs de cette étude ont choisi de distinguer le score comme suit : un score entre 0 et 11 points représente un score faible et donc un lieu de contrôle interne. Ce qui signifie que la personne pense maîtriser ses actions. Alors qu'un score entre 12 et 23, est interprété comme élevé : il signifie un lieu de contrôle externe et le fait de percevoir que l'événement subi a pour origine une force externe à nous (Rotter, 1966). Haruna et Alhaji Ahmadu se basent alors ici sur la médiane, tels que (Holland et al., 2010) ou encore Samani Way (2008). D'autres études ont considéré la moyenne de ce score comme valeur centrale, c'est-à-dire 11,5. Tout ceux ayant un score plus élevé que la moyenne ont un locus externe alors que ceux ayant un score plus bas ont un locus interne (Bulut, H. et al., 2010, Richards, G. et al., 2015). Ce qui finalement ne fait pas une grande différence. Dans cette étude-ci, les scores ont été réduits en moyennes afin d'être plus précis et interprétés comme un continuum sur une variable continue. Les moyennes des scores des deux groupes ont ensuite été comparées entre elles. C'est-à-dire que la moyenne d'un groupe peut représenter un locus de contrôle plus externe ou plus interne que la moyenne de l'autre groupe. Il est important de noter aussi que l'échelle inclut 6 filtres pour rendre l'objectif du test plus ambigu pour le participant, donc 6 items qui ne sont pas comptabilisés (le 1, 8, 14, 19, 24 et 27). Il s'agit alors de faire un choix forcé et duel, avec toujours un item allant plutôt dans la direction d'un lieu de contrôle interne et l'autre, nous l'aurons compris, plutôt externe. L'attribution des points se fait alors comme noté ci-dessous (Samani Way, 2008) :

« Marquer 1 point pour chaque résultat suivant :

*2. a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a,
21. a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a*

-un score élevé = un lieu de contrôle externe

-un score faible = un lieu de contrôle interne »

II.C.2. *Echelle du Sens de la cohérence (SOC-13)*

Concept élaboré par Antonovsky (1987), et validée dans sa version française par Gana et Garnier en 2001. Il s'agit là d'une échelle de Likert mais basée sur le sentiment du sujet et à sept modalités, allant donc d'une note de 1 à 7 pour chaque item. Comme le décrit Ann Bowling (2004) dans son livre « Measuring health » page 142, plus l'échelle est cotée, c'est-à-dire que le score final est élevé et tend le plus souvent vers la note de 7, plus cela signifie que l'individu a un fort sentiment de Sens de la cohérence. De ce fait, qu'il prédit, contrôle et donne plus de sens à ce qui lui arrive que s'il cotait faiblement les items (vers la note de 1 sur l'échelle de Likert). Un sentiment peu élevé de Sens de cohérence sera donc un score faible. À nouveau dans cette étude, cette échelle a été considérée comme un continuum et les scores par participants transformés en moyennes pour les analyses statistiques. Les moyennes finales des deux groupes ont ensuite été comparées et les résultats interprétés de manière à ce que l'un obtienne plus ou moins de Sens de la cohérence que l'autre. Mahammadzadeh et al. (2010) vont plus loin en soulevant le fait que les items correspondent à trois subscores distincts, comme nous l'avons évoqué au début de cette étude. Les items 2, 6, 8, 9, 11, regroupent la « compréhension ». Les capacités de « gestion » et de « management » se retrouvent sous les items 3, 5, 10, 13. Enfin, la « signification », le fait de mettre du sens est attribué aux items 1, 4, 7 et 12 de l'échelle. La différenciation du SOC en ces trois sous-dimensions n'a pas été prise en compte dans cette étude-ci, seul le niveau de Sens de la cohérence général entre les deux groupes nous a intéressé.

II.C.3. *Echelle de l'Impuissance Apprise (LHS-20)*

Sur base de la théorie de Seligman (1967), Quinless et Nelson (1988) établissent cette échelle afin de mesurer le sentiment d'impuissance d'une personne face à une situation. La version française de cette échelle se trouve dans l'étude de Fossion (2016). Elle est composée de 20 items, cotés aussi grâce à l'échelle de Likert. Ici, cela consiste pour chaque item du questionnaire à cocher la case « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord ». Une graduation qui permet de mesurer le degré d'accord et de désaccord. Dans notre étude, l'échelle est à nombre pair ce qui permet d'omettre la modalité neutre, centrale, de celui qui ne se prononce pas. Plus le sujet est en accord avec les items proposés, plus celui-ci pense ne pas avoir d'emprise sur ce qui lui arrive, et donc être davantage impuissant face à des situations. À l'inverse, moins il est d'accord, plus il pense avoir la possibilité d'agir et de ce fait il a un faible sentiment d'Impuissance. Ce sont les moyennes des scores des participants de chacun des groupes qui ont été comparées.

II.D. Procédure

Comme énoncé déjà plus haut, le GT s'est vu administrer les questionnaires par écrit à la suite d'un entretien psychothérapeutique alors que le GE les a remplis en ligne avec la condition que les individus le composant, aient été ou soient en cours de psychothérapie. La participation a été demandée par e-mail. L'impact des conditions de réalisation des tests sera discuté ensuite, mais nous voudrions rappeler que cette différence de cadre est justifiée par le fait qu'il était impossible d'intégrer une autre structure publique ou privée afin de faire passer des tests sans comité d'éthique en Belgique lors du second quadrimestre.

Des informations démographiques ont été demandées dans un premier temps : le nom, prénom étaient facultatifs et il a été précisé que ces informations étaient destinées à ceux qui désiraient un retour personnel sur leurs résultats. Mais l'indication du sexe, l'âge et de la religion étaient obligatoires. Tout comme dans l'étude de DeMarco (2014) nous avons demandé de préciser la religion individuellement car elle nous semblait intéressante pour observer des corrélations entre le type de culture et les religions annoncées. Mais cette variable n'a pas été retenue étant donné que dans le GT seulement 4 religions ont été mentionnées ouvertement (catholique, musulman, protestant et de « la nouvelle Jérusalem »). Alors qu'au niveau du GE, seize « croyances » ont été reprises et certaines interprétées de manière personnelle comme : « *dans le doute* », « *l'équilibre du Monde* » ou encore « *l'Univers* ». La dualité du type de culture (Hofstede, 1991) ainsi que du Lieu de contrôle (Rotter, 1966) a été préférée afin de comparer deux groupes bien distincts.

Un e-mail de débriefing commun au sujet des résultats de l'étude est prévu afin d'expliquer les buts et aboutissants de celle-ci.

Pour finir, nous avons compilé les réponses papier et celles en ligne sur excel puis SPSS. Un premier test-t a été réalisé pour vérifier que le LOC (Rotter, 1966) était différent d'un type de culture à l'autre (H1). Ensuite, nous avons appliqué une prédiction du SOC (Antonovsky, 1987) par notre variable Pays⁷, puis une prédiction de l'IA (Seligman, 1967) par notre VI également, grâce à deux autres test-t. Nous avons enfin remplacé la variable Pays par celle du LOC et appliqué deux régressions linéaires, l'une sur la SOC, et l'autre sur l'IA. Un risque alpha de 5 % a été accepté communément aux normes statistiques en psychologie.

⁷ La variable Pays se réfère à la nationalité : togolaise ou européenne, sachant bien que l'Europe n'est pas reconnue comme un pays.

III. Résultats

III.A. Analyses statistiques

(H1) Le premier test-t n'a révélé aucun résultat significatif ($t = -0,940$, $p = 0,350 > 0,05$), Nous ne pouvons donc pas rejeter l'hypothèse nulle. Celle-ci stipule que les moyennes récoltées à l'échelle du « Locus of Control », la LOC-29 de Rotter (1966), du GT ($n = 32$) et celles du GE ($n = 36$) sont égales.

(H2) Pas d'effet significatif non plus remarqué du Sens de la Cohérence (Antonovsky, 1987) par la variable Pays ($t = -1,097$, $p = 0,277 > 0,05$). Nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle qui veut que les moyennes entre les deux groupes soient égales.

Il y a par contre une différence significative entre la moyenne des scores à l'échelle d'Impuissance Apprise (Quinless et Nelson, 1988) des deux Groupes ($t = -2,467$, $p = 0,016 < 0,05$). Nous rejetons alors H_0 et pouvons dire que la moyenne du GE est différente significativement de celle de GT, légèrement supérieure (\bar{x} GE = 3,06 > \bar{x} GT = 2,74).

(H3) Nous avons trouvé aussi un effet significatif au niveau de la SOC prédit par la LOC ($F = 9,815$, $p = 0,003 < 0,05$). Nous pouvons ici rejeter l'hypothèse nulle, ou pour le dire autrement, soutenir l'hypothèse alternative. Celle-ci soutient que le LOC (Rotter, 1966), prédit en partie notre variable testée : celle du SOC (Antonovsky, 1987). La proportion de la variabilité du SOC par le LOC est d'environ 13% ($r^2 = 0,129$). Ce qui représente une faible proportion mais tout de même significative. L'analyse a également rapporté une valeur Bêta négative (-0,360), ce qui nous oriente sur la direction de la pente de la droite représentative de cette prédiction (réf. Figure 1). Ce qui suggère finalement une relation négative entre la SOC et la LOC que nous interpréterons ensuite.

(H4) Enfin, nous n'avons pas obtenu de résultats significatifs au niveau de la prédiction de l'IA (Seligman, 1967) par le LOC (Rotter, 1966) car $F = 1,462$ avec $p = 0,129 > 0,05$.

Nous voudrions rappeler ici que « Ne pas rejeter H_0 » ne nous permet pas pour autant d'affirmer que les moyennes des deux groupes sont égales. Une différence existe peut-être mais elle n'est pas observée de manière significative dans cette étude.

Aucune valeur aberrante n'a été trouvée, c'est-à-dire que les données des 68 participants aux tests ont été prises en compte. L'entièreté des résultats est reprise dans le Tableau 1 suivant.

III.A.1. Tableau 1 : *Bilan statistique*

TEST-T	Population	Population	t (67) p-valeur = 0,05
	Togolaise N=32	Européenne N=36	
LOC-29	10,48 (2,704)	11,28 (4,033)	-0,940 (0,350)
SOC-13	4,10 (0,915)	4,30 (0,519)	-1,097 (0,277)
LHS-20	2,74 (0,680)	3,06 (0,386)	-2,467 (0,016)
REGRESSION LINEAIRE	Coefficient de Pearson		F (67) p-valeur = 0,05
SOC/LOC	r ² = 0,129 Bêta = -0,360		9,815 (0,003)
LHS/LOC			1,462 (0,231)

III.B. Interprétations

À la lecture des résultats, nous pouvons dire à présent que dans cette étude le Lieu de contrôle (Rotter, 1966) n'est pas différent significativement entre nos deux groupes. C'est-à-dire que les Togolais testés n'ont pas un lieu de contrôle plus externe que le groupe Européens comme le soutenait (H1). Nous pouvons noter que le score du Groupe Togo est même ici inférieur à celui du Groupe Européen (10,48 < 11,28) de manière descriptive, ce qui signifie un lieu de contrôle d'avantage interne (10,48 < 11,5) car inférieur à la moyenne des points de la LOC-29 (Rotter, 1966). En revanche, cela ne veut pas dire qu'un score inférieur soit significativement différent, et de ce fait moins externe ou plus interne chez les Togolais que chez les Européens.

Le fait qu'il y ait une différence significative entre les moyennes des scores à l'échelle d'Impuissance apprise (Quinless et Nelson, 1988) démontre en fait que les Européens, qui ont un score plus élevé significativement que les Togolais comme cité ci-dessus, ressentent davantage un sentiment d'impuissance face à des situations de la vie quotidienne suite à leur

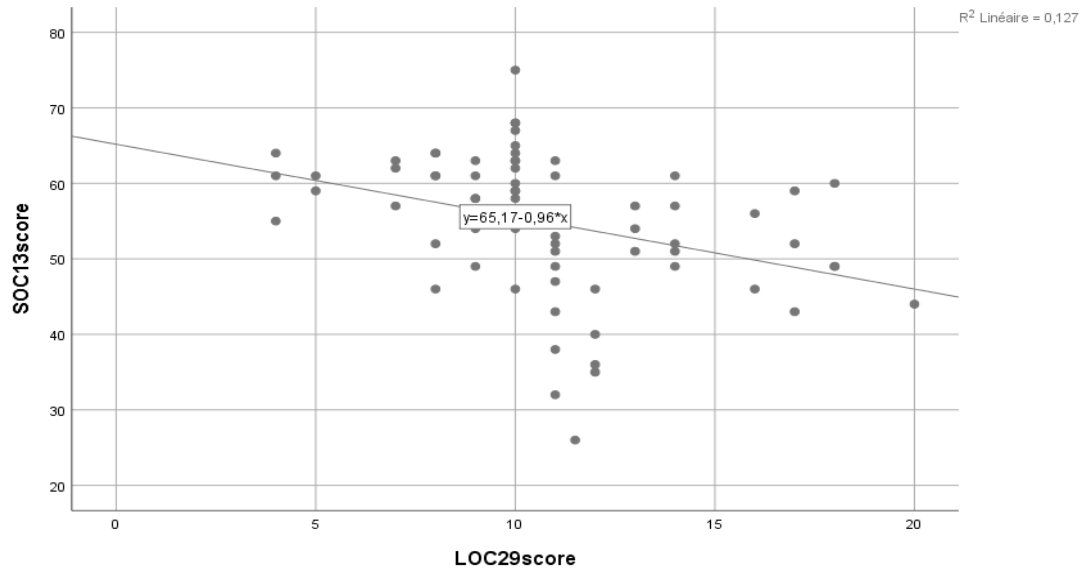
vécu. (H2) voulait que le « Pays » affecte l'Impuissance apprise (Seligman, 1967), dans le sens où les Togolais, avec un lieu de contrôle plus externe (ce qui n'a donc pas été confirmé), aient alors moins de Sens de la cohérence (Antonovsky, 1987) et plus d'Impuissance apprise (H3-H4) : ici c'est l'inverse que nous observons au niveau de l'Impuissance apprise, celle-ci étant plus élevée significativement dans le Groupe Européen que chez les Togolais ($3,06 > 2,74$, $t = -2,467$ avec une $p = 0,016 < 0,05$). Nous pouvons donc soutenir en partie (H2) qui voulait que la variable Pays influence ce sentiment d'Impuissance, même si celui-ci n'influence pas celui du sentiment de Cohérence. De ce fait nous pouvons affirmer que les Togolais ont légèrement moins le sentiment de perdre le contrôle sur ce qui leur arrive qu'un individu provenant d'une société individualiste.

Le « Pays » n'a donc pas joué dans le sentiment de Cohérence, ce qui ne valide pas l'autre partie de (H2), car nous n'avons pas eu de différence significative entre les moyennes des scores des deux pays. Nous ne pouvons alors pas dire que les individus d'un pays collectiviste mettent moins de sens dans ce qui leur arrive que ceux d'un pays individualiste.

Pour autant, lorsque nous avons utilisé le Locus de contrôle comme VI, plutôt que la variable « Pays », nous avons obtenu une prédiction du Sens de la cohérence par le Lieu de contrôle, soutenant maintenant (H3). L'analyse a révélé une relation négative significative que nous retrouvons ci-dessous dans le **Figure 1**. Elle est interprétée dans le sens où une personne avec un Lieu de contrôle (Rotter, 1966) plus élevé, donc davantage externe, a moins de Sens de la cohérence qu'une personne avec un score plus faible à l'échelle du LOC. Comme nous l'imaginions au départ de cette étude, le fait de croire davantage en ses forces internes et propres à chacun aident à comprendre ce qui nous arrive et à y mettre du sens.

Cela signifie en revanche aussi que 88% de la SOC sont expliqués par d'autres variables non mesurées ici.

III.B.1. Figure 1 : Prédiction du SOC par le LOC



Enfin, (H4) n'a pas été soutenue car nous n'avons pas mesuré d'effet significatif dans la prédiction du sentiment d'Impuissance (Seligman, 1967) par le Lieu de contrôle (Rotter, 1966). Nous ne pouvons pas dire ici qu'un individu avec un lieu de contrôle externe a plus ce sentiment d'impuissance qu'une personne avec un locus plus interne, et inversement. Le lieu où nous plaçons la responsabilité de ce qui nous arrive n'ayant pas d'impact ici sur ce sentiment d'incontrôlabilité.

IV. Discussion

Nous allons discuter à présent de ces différents résultats, notamment de ceux qui n'ont pas été observés malgré nos attentes. Le raisonnement de cette étude découlait de notre hypothèse de base (H1) qui n'a pas été vérifiée. De ce fait, malgré que la logique de (H3) a pu être observé, une partie de (H2) et (H4) ont été, elles, remises en question. Nous nous sommes donc questionnés sur ce qui a pu jouer, tant au niveau des réponses des participants, que dans l'élaboration de ce cheminement expérimental. Pourquoi n'avons-nous pas trouvé de différences significatives entre le Lieu de contrôle (Rotter, 1966) des Togolais et des Européens sachant que les individus de ces deux groupes proviennent de cultures différentes (Hoefstede, 1991). Nous n'avons alors pas trouvé de différence au niveau de nos deux sentiments mesurés

ensuite, si ce n'est une très légère à propos de celui d'impuissance apprise (Seligman, 1967). En revanche, pourquoi celle-ci s'est révélée plus élevée chez les Européens, que chez les Togolais comme nous l'imaginions ? Enfin la logique nous paraissait évidente entre l'articulation d'un Lieu de contrôle interne (Rotter, 1966) influençant de manière positive un Sentiment de cohérence (Antonovsky, 1987) et inversement pour un lieu externe. Pour autant, cette logique ne s'est pas répétée entre le LOC et l'IA (Seligman, 1967) comme le soutenait dans sa thèse Samani Way (2008). Comment se fait-il que de croire en des forces externes ou interne à soi n'est pas d'influence sur ce sentiment d'incontrôlabilité face à une situation où ne pensons pas pouvoir réagir ?

Ce sont ici les limites de notre étude qui tentent de répondre à ces questions et nous amènent à ouvrir des portes sur une approche expérimentale mieux adaptée dans un tel cadre, et surtout, sur la perspective d'une nouvelle approche clinique.

IV.A. Les biais techniques

En effet, plusieurs éléments peuvent nous donner une meilleure compréhension et réflexion autour de ces derniers résultats non attendus. Celui qui nous vient à l'esprit en premier lieu se trouve sûrement dans les conditions d'expérimentation. En effet, le fait de ne pas avoir fait passer les tests de la même manière peut avoir influencé les résultats de cette étude. Le GT a rempli les tests sur papier, en présence de la chercheuse/stagiaire. Même si je n'intervenais que pour préciser une définition, la proximité ainsi que sentir une personne porter un regard sur soi peuvent amener à modifier une prise de décision lors d'un test. De plus, cette personne étant le chercheur, cela a pu renforcer le sentiment « on attend quelque chose de nous en particulier » ou celui de gêne vis-à-vis des réponses. Se rajoute à cela l'impact culturel massif du côté du participant togolais, qui souvent rencontrait pour la première fois une “Yovo”, dixit une “blanche”, en Ewé. Une étrangère en somme avec tout ce que nous pouvons imaginer qu'elle représente à leurs yeux, qui a ici la place d'une nouvelle psychologue, psychologue stagiaire, les accueillant au centre. Etant en plus une femme, plutôt jeune, cela fait beaucoup d'éléments qui ont pu influencer les résultats du GT, perturber leur attention. À l'inverse, le GE ayant rempli les questionnaires en ligne de manière individuelle, sans le cadre d'un entretien psychologique, a été soulagé de cette présence. Pour autant, certains d'entre eux, même si les tests pouvaient être anonymes s'ils le désiraient, ont écrit des e-mails en feedback de la passation des tests du type : « *J'espère que vous ne me prendrez pas pour un psychopathe* »,

« *je suis en colère car le dernier test [réf. LOC-29 de Rotter, 1966] me demandait un choix qui ne me convenait pas* » ou encore « *je ne sais pas ce que vous pourrez lire à travers moi avec ces tests, mais j'espère avoir donné les bonnes réponses* ». Ces réponses sont retranscrites ici à titre informatif car il est intéressant de souligner que malgré l'absence de regard sur leur réponse au moment de la passation, il y a une certaine angoisse latente d'un quelconque jugement qui se fait ressentir. Ce biais rappelle la fameuse expérience de Milgram (1960-63) où des chocs électriques de différentes intensités étaient demandés à être appliqués par un expérimentateur au participant, sur une personne cachée. Selon si l'instructeur était présent ou non, s'il donnait une consigne ou un ordre, suivant l'intensité du choc plus ou moins élevé allant jusqu'à « choc dangereux », la prise de décision des participants de l'étude variait. Plus l'instructeur représentait une idéologie dominante, de personne détenant le pouvoir et donnait des instructions comme des ordres, plus les personnes allaient loin dans l'attribution des chocs. Tout cela pour appuyer l'idée que ma présence ou mon absence dans les deux conditions de passation des tests a pu modifier la prise de décision pour répondre aux tests. En tout cas, le contexte/cadre de l'expérience n'a pas été répété dans les deux groupes, ce qui peut être critiqué avant de rendre compte de ces résultats. Malgré tout, le fait de procéder en ligne avec le GE a été accepté afin de finaliser dans de bonnes conditions ce travail et parce qu'aucune autre solution n'a été trouvée dans le temps imparti à celui-ci. Nous restons tout de même conscients de la possible imprécision de notre étude du fait de ce non-respect des normes strictes adhérentes à l'expérimentation scientifique.

Nous pouvons également souligner qu'aucune des échelles n'a été validée au Togo ni a priori, ni en pré-test, nous n'avons donc pas de normes de références. La validité d'un test permet d'appuyer la validité des items et leur corrélation entre eux chez une population, afin de savoir si le test est suffisamment adapté à elle. C'est pour cette raison que les résultats ont été comparés entre les deux groupes et sur des variables continues.

Il aurait pu être intéressant d'appliquer des analyses avec la variable « Sexe » car celle-ci a pu jouer un rôle également dans la détermination du lieu de contrôle comme dans l'étude de Parsons et Schneider (1974) et au niveau des variables dépendantes. Ils ont testé le « locus of control » (Rotter, 1966) chez des étudiants universitaires provenant de sociétés de l'ouest et de l'est du monde, cette fois. L'un de leurs résultats est d'avoir observé une tendance générale dans tous les pays : les femmes ont significativement obtenu un lieu de contrôle plus externe que les hommes. Dans notre étude, le GT était davantage représenté par des hommes, 22 contre 10 femmes alors qu'à l'inverse, nous retrouvions dans le GE 25 femmes, contre 11 hommes.

Ce qui pourrait expliquer la tendance plus externe, même si elle n'est pas significative, du GE au sujet du locus.

Il paraît essentiel de prendre en compte aussi les limites de nos outils. Nous avons suivi l'approche de la littérature scientifique afin de donner un sens à nos échelles : nous avons considéré par exemple qu'un lieu de contrôle interne serait aidant pour le bien-être d'un individu. Celui-ci permettrait de prendre les choses en mains, plutôt que de s'en remettre à la chance et au hasard. Dans une reconstruction psychique, une vision des responsabilités en interne aiderait le patient à renforcer ses propres capacités d'action. Cela apporterait par conséquent plus de contrôle et d'estime de soi, ce que regroupe le concept d'Impuissance apprise en psychologie et qui était l'idée soutenue par l'H4. Cela permettrait aussi de comprendre davantage ce qui nous arrive si les ficelles sont tirées par nous-même et alors de mieux diriger les événements et leur donner du sens. C'est ce que définit le Sens de la Cohérence et soulignait à nouveau H3. Mais les résultats ne vont pas toujours dans ce sens. Par exemple, Ventis (1995) a observé une relation négative entre une orientation religieuse extrinsèque (Abramson et al., 1978), celle faisant écho à des croyances plutôt internes, et la santé mentale. Ce qui signifie que ces pratiquants maintiennent moins leur équilibre psychique. À l'inverse et toujours dans cette dichotomie de points de vue, la relation est positive pour ceux ayant une orientation religieuse intrinsèque. Ces derniers auraient alors plus de chance de maintenir une bonne santé mentale. Huizing (2015) approfondit dans sa recherche le concept de « I-E LOC » et cite Ivancevich et al. (2008) qui ont trouvé qu'un locus interne ne permettait pas forcément de meilleures performances, en tout cas pas dans tous les différents types de tâches. Par exemple, croire en ses forces internes aiderait à prendre plus d'initiatives. En revanche, pour gérer les exercices au quotidien, ce qu'ils nomment « la routine » ou encore qui demande de la structuration, un locus externe favoriserait une meilleure réussite de ces actions.

Enfin pour finir, nous savons que la taille de l'échantillon n'est pas sans impact sur les résultats. En effet, si la plupart des résultats se sont avérés non-significatifs, c'est dû aussi au fait qu'il n'y a eu qu'une trentaine de participants dans chaque groupe. Plus l'échantillon est grand, plus les tests prennent de la puissance statistiquement parlant. Malheureusement, une analyse G-power n'a pas été réalisée à priori, car, il n'y aurait pas eu plus de possibilité dans le GT de faire passer les tests à plus d'individus. Donc peu importe le nombre de participants calculé qui aurait été donné. Nous avons fait participer le maximum de personnes dans la limite des possibilités du stage et en accord avec le centre de santé mentale Paul Louis Renée.

IV.B. Le biais de conformité

Si le lieu de contrôle ne s'est pas avéré différent entre nos deux cultures c'est aussi peut-être une question de comportement social. Nous avons considéré qu'un individu togolais, provenant d'une culture collectiviste et majoritairement animiste plaçant ses croyances en des objets fétiches, aurait une vision externe de ses capacités. Privilégiant ainsi le destin ou des forces externes. Mais au vu des résultats qui ne démontrent pas cette idée, nous imaginons qu'il est possible que cette collectivité n'ait de sens que dans son propre cadre. C'est-à-dire que les individus togolais, comme nous l'avons observé durant le stage, agissent avant tout pour leur communauté. Ils rallient le groupe et les croyances partagées par ce groupe d'appartenance. Mais serait-ce le même cas dans le cadre d'un entretien individuel en psychothérapie ? Seul, face à des questions particulièrement personnelles et de manière anonyme, l'individu a pu réfléchir selon lui plutôt que selon le groupe : la variable du regard de l'autre avait, disparu dans ce cadre et cela a pu avoir un impact également dans nos résultats qui ne furent pas ceux attendus. Il aurait été intéressant de mesurer cette subjectivité, et de la comparer aux réponses plus générales du groupe. Ce phénomène, non méconnu alors, a été nommé par Ash (1955) dans le champ de la psychologie sociale comme « un biais de conformité ». Dans son étude, il a demandé à 7 individus de réaliser une tâche de perception simple. Six d'entre eux ont été coachés avant celle-ci. En effet, ils devaient tous donner une réponse fautive pour le groupe. Ainsi, Ash (1955) a observé les réponses de la septième personne entourée par le groupe. Il cherchait à savoir si cette personne seule, allait s'allier à la majorité et donner une réponse fautive mais commune ou donner sa propre réponse individuellement. Finalement, il trouva que dans plus de 36% des cas, l'individu seul se ralliait aux réponses du groupe même si celles-ci étaient erronées sous la pression du regard de la majorité. Ash (1955) rapporte également avoir observé deux comportements extrêmes de cet individu. Soit il se ralliait au groupe pour la plupart des réponses, soit cet individu, suivant les différents tests réalisés sur plusieurs groupes de personnes, était toujours en désaccord avec le groupe. Cependant, lorsqu'il répondait seul, il a obtenu de meilleures performances que le groupe car il choisissait bien la bonne réponse. Ash (1955) interprète ces résultats comme le fait que l'individu seul arrive mieux à ne pas rester dans le doute et prend alors une décision pour lui, qu'il n'aurait pas prise s'il avait dû tenir compte du reste du groupe. De ce fait, les Togolais ont peut-être alors répondu en fonction d'eux, sans prendre en compte ce que l'autre, la communauté penserait si elle l'observait au moment des tests. C'est peut-être ce qui a fait qu'ils aient un score moins élevé que le GE, et donc de manière descriptive un locus plus interne, même si ce n'est pas de manière significative.

IV.C. « Phénomène hybride »

Nous voulions également prendre la variable Religion en compte et observer ou non des corrélations avec le type de culture et de ce fait le « Locus de control » (Rotter, 1966). Mais la distinction entre culture et religion n'est pas si évidente. Par exemple, quelqu'un qui est né en France, dans une société individualiste et qui est baptisé, dans religion chrétienne catholique peut en fait s'avérer être athée quelques années plus tard. À l'inverse là-bas, dans un pays dit collectiviste et avec une orientation d'avantage intrinsèque selon la définition que donne Abramson et al. (1978) à cette orientation religieuse, nous pensions nous trouver principalement face à des personnes animistes. En fait, nous avons rencontré au Togo, des personnes catholiques pour la plupart (28 personnes) qui en parallèle de cette religion, pratiquaient toujours leurs croyances traditionnelles animistes. C'est ce que le Professeur Adekambi, psychologue et psychothérapeute cognitivo-comportementale et à la fois maître de stage au centre de santé mentale Paul Louis Renée, appelle le « Phénomène hybride ». Il explique ceci par le fait que les personnes migrantes des zones rurales vers les villes telles que Lomé au Togo, font face à la modernité. Leurs croyances se retrouvent alors remises en question et clivées entre leurs traditions, toujours pratiquées au village et les croyances nouvelles auxquelles ils ont accès en métropole, là où la diversité et les flux migratoires sont beaucoup plus élevés. Il parlera même d'une étude réalisée par l'un de ses confrères auprès de ces personnes mixant plusieurs religions, et qui démontra qu'elles ont par conséquent moins de capacités de résilience que les personnes ne concevant qu'une seule religion. Il nous a été impossible de mettre la main sur cette étude, mais il semble pertinent d'imaginer que plus nous avons de connaissances sur ce qui se fait, plus nous avons le choix, plus nous pourrions être perdus et moins déterminés à suivre nos croyances. Krause et Wulff (2004) ont cherché à comprendre s'il y avait une relation entre le doute en la foi, en la religion et la santé mentale. Ils ont trouvé que plus les individus doutaient, moins ils étaient satisfaits de leur santé et développaient plus de symptômes psychologiques. Comme Ventis (1996), que nous avons cité ci-dessus, qui a observé également des relations entre le type d'orientation religieuse et la qualité de la santé mentale.

IV.D. Une vision ethnocentrée

IV.D.1. Une recherche anthropologique

En définitive, la réponse la plus pertinente à cette erreur de prédiction au niveau du Lieu de contrôle (Rotter, 1966), à partir de laquelle tout le cheminement de cette étude s'est faite, s'est trouvé à la suite du dernier entretien psychothérapeutique que j'ai eu au Togo. Madame K. que je suivais depuis deux mois, se sentant mieux, accepta de participer à l'étude. Arrivée à un des items (réf. 18) de la LOC-29 (Rotter, 1966), elle fronça les sourcils et me dit le plus naturellement possible : « *Toutes ces histoires de chance et de hasard, je n'y crois pas à tout ça. S'il m'arrive quelque chose, c'est parce que Dieu le veut. Et Dieu est en moi, vous comprenez ? C'est lui qui me dicte quoi faire chaque jour* » dit-elle en tapotant sa main sur son cœur. Tout était dit, ou contredit plutôt. J'ai compris à ce moment-là que mon articulation entre les différents concepts avait été en fait mal interprétée dès le début : compte tenu de la littérature et des croyances des Togolais, j'ai imaginé leur Dieu, non pas en tant que maître de leurs actions en interne, mais comme une force s'exerçant sur eux de manière externe. Nous pouvons le souligner maintenant, cette logique s'est articulée à travers mes lunettes culturelles. Etant athée, et sans grande connaissance des disparités précises entre toutes les religions, je n'ai pas imaginé un instant que « Dieu » pouvait être égal à Soi. En plus de ma subjectivité, nous pouvons aisément critiquer la vision ethnocentrée de cette étude, qui a suivi une littérature majoritairement occidentale, avec des auteurs provenant plutôt de pays individualistes, comme le souligne aussi Samani Way (2008) dans sa recherche au Nigéria : la LOC-29 (Rotter, 1966) a été construite en Europe. Dans un pays tel que le Nigéria, la vision de la responsabilité est aussi partagée et collective. Pour Jean Claude Métraux (2005), les limites de la psychiatrie se situent aussi au niveau épistémologique. Il rappelle ainsi que toutes ses références proviennent d'un seul contexte culturel et historique issu de l'alphabet latin. Il donne également l'exemple du deuil qui est, en Occident, forcément rattaché à un traumatisme, à la souffrance et non pas interprété selon « ses vertus créatrices, individuelles et collectives » (p.26) pour reprendre les mots de Métraux (2005). En effet, la mort n'est pas vécue et célébrée de la même façon dans toutes les cultures.

Certaines études ont tout de même tenté de s'intéresser aux différentes interprétations possibles suivant l'aspect culturel. Gurin et al. (1969) cité dans l'étude de Delroy (1978) avancent qu'un locus interne s'il est associé à un succès, aurait alors un impact positif sur la personne comme énoncé dans notre étude. Mais lorsqu'il est associé à un échec il peut mener à

davantage de perte de confiance et de mauvaises interprétations/compréhensions du problème car c'est à soi qu'on en veut. En anglais nous appelons ça le « self-blame ». Gurin (1969) explique aussi que pour les « noirs Américains », s'en remettre à des forces externes peut-être motivant, donner de l'espoir car ils espèrent le meilleur des situations. Les étudiants noirs américains représentés dans son étude expriment moins de certitudes quant à leur futur, car ils estiment ne pas pouvoir contrôler le destin qui sera, selon eux, récompensé du fait de leur bonnes actions et comportements. Ce qui pourrait expliquer également que le sentiment d'Impuissance apprise (Seligman, 1987) s'est trouvé plus élevé chez les Européens dans notre étude. Les Togolais se référant davantage à leurs croyances et divinités, à leur destin lié directement à ces derniers pour expliquer leurs comportements, auraient alors plus le sentiment de contrôle face à ce qui leur arrive, convaincus de faire le bien. Un mécanisme qui n'avait pas été imaginé dans ce sens-là de notre part. À nouveau Métraux (2005) discute largement de ce souci des lunettes culturelles que nous gardons sur le nez pour traiter avec des individus qui n'ont pas la même culture. Dans son écrit *La pensée clinique en mutation*, il réfléchit à la question autour des personnes en demande d'asile dans notre société. Je cite (p.23) : « et pendant ce temps le malade demeure souffrant. Sempiternelle exclusion qui perdurera tant que les soignants, pour réfléchir la migration des damnés de la Terre, n'abandonneront pas les lunettes des inclus. » Il utilise le terme de « lecture clinique » (p.23) pour continuer dans la métaphore visuelle et parler du diagnostic psychologique. Il cite également dans son article Marcel Mauss (1923-1924), célèbre anthropologue qui a défini le lien social avant tout par la réciprocité. Un principe qui, selon Métraux (2005) a été mis de côté lorsque nous évoquons l'alliance, la relation thérapeutique : le concept clé de toutes psychothérapies lui préférant maintenant celui de l'empathie. Ce qui, selon moi cette fois, décale la position du psychologue face au patient. Il nous semble intéressant ici de citer trois courts passages empruntés à la réflexion de Métraux (2005), tant elle fait échos à nos propos soutenus ici :

« Chaque thérapeute (...) peut tout et si bien persister dans le déni, demeurer sous l'emprise de la Maîtrise, perpétuer ses références à un universalisme né dans les ghettos dorés de l'Occident. » [mais] « si le thérapeute demeure l'unique dispensateur de paroles cicatrisantes, le patient finit par s'écrouler sous des dettes impossibles à rembourser » [et alors] « Notre illusion de conceptions théoriques labellées de compétence universelle (...) menace toute thérapie d'asphyxie. » (p.25 et 26).

Il semble clair à présent que ce soit nos croyances de base qui modulent nos interprétations symboliques d'un prétendu réel. Il serait alors souhaitable de réaliser une étude anthropologique lorsque le travail s'opère au sein d'une culture étrangère à la nôtre, avant toute autre étude psychologique, afin de mieux cerner le fonctionnement d'un peuple et mieux l'appréhender.

Il faut dire aussi que les échelles utilisées dans cette étude ont évolué depuis, prenant en compte davantage les disparités entre pays afin de faire évoluer cette dichotomie qui peut être pour certains réductrice. Pour mesurer le Lieu de contrôle de Rotter (1966) par exemple, d'autres variables ont été incluses depuis. Wang et Meizhen (2017) parlent de celles de Levenson's (1973), Paulhaus (1983) ou encore Pettersen (1985) ». L'échelle multidimensionnelle du Lieu de contrôle a été introduite par Hanna Levenson en 1973. Elle demande le degré d'accord de 1 à 6 avec les items proposés sur trois échelles différentes qui recouvrent cette fois plusieurs niveaux de renforcement de nos croyances. Ce n'est donc plus un choix forcé ou poussé à l'extrême qui est demandé, mais la mesure du degré des dimensions. Celle toujours au niveau interne, se rapportant à nos propres forces subjectives, celle liée aux croyances en la chance (« Chance ») et celle qui représente les croyances en un « Autre-tout-puissant » (« Powerful Others »). Ce qui est intéressant c'est que Levenson (1973) considère que le concept du « locus » (Rotter, 1966) peut recouvrir deux dimensions externes, (P) et (C). Donc deux lieux de renforcements en dehors de soi qui se dégagent en fonction d'autres contextes émis par les items : il n'y a pas seulement les situations scolaires ou politiques à questionner selon Levenson (1973), notamment dans des pays d'Afrique où des croyances sont accordées à d'autres forces, comme la sorcellerie par exemple (Rivière, 1981). Des conceptions que la LOC-29 (Rotter, 1966) ne questionne pas. Levenson (1973) distingue ces deux lieux externes tout comme Madame K. me l'a expliqué aussi. Le hasard ou la chance n'existent pas pour elle, en revanche la présence de Dieu en elle qui lui dicte son comportement, est bien présent. Dubois (1985), a testé dans son étude la dimensionnalité du concept de LOC (Rotter, 1966) et a trouvé une sorte de continuum soutenant plutôt l'hypothèse de multi-dimensionnalités de Levenson (1973) : il a pour Dubois (1985) un lieu de renforcement central qui correspondrait au fait d'internaliser nos succès et échecs, tandis qu'aux extrêmes nous aurions ceux qui s'en remettent « au monde aléatoire », donc à la chance, au karma, au destin et d'autres encore à l'opposé qui s'en remettent aux forces « politico-religieuses » : le gouvernement ou un être tout puissant comme Dieu. Le lieu de contrôle peut donc être interprété

selon plus de deux dimensions, certaines étant mieux adaptées à une culture particulière et pas seulement au point de vue occidental.

C'est peut-être ce qui a fait que les Togolais ne se sont pas retrouvés avec un locus externe comme nous le pensions, car la dimension externe du lieu de contrôle de Rotter (1966) n'était tout simplement pas assez précise pour englober leur conception de l'externalité d'où découlent leurs actions. Un aspect d'autant plus renforcé par le fait que cet « Autre-tout-puissant » que nous retrouvons dans l'échelle multidimensionnelle de Levenson (1973) et qui correspondrait à leur Dieu ou divinités, est perçu selon eux, en interne comme nous l'avons décrit ci-dessus.

IV.D.2. *Une réponse ethnopsychiatrique*

En revanche, il semble qu'aborder l'individu qu'à travers le prisme de la culture, ne serait pas totalement englobant et objectif non plus. Alors comment pouvons-nous faire ? Une approche ethnopsychiatrique semble donner une certaine réponse. Devereux (1972), le pionnier de cette pratique en psychologie, pense bien au fait que la culture influence tous comportements humains mais soutient aussi l'idée d'une universalité de la structure cérébrale, les deux aspects n'étant pas exclusifs mais bien à prendre en compte de manière complémentaire pour traiter l'Homme dans un cadre thérapeutique. Son approche se situe entre une pratique de la psychanalyse et celle de l'anthropologie. Ayant observé une tribu vietnamienne ou encore les Mohaves en Amérique du Nord, Devereux a d'abord porté la casquette d'un ethnologue, avant d'être psychanalyste. Michel Autès (1973) reprend un an plus tard les éléments majeurs de la théorie complémentariste de Devereux : l'objet des sciences humaines doit se comprendre au travers du référentiel dans lequel il a été conceptualisé. Autès (1973), définit l'objet tel un « schéma conceptuel » pour le citer. Il n'y a pas selon Devereux (1972) de distinction à faire entre la nature de l'objet et ce qui le compose. C'est-à-dire qu'il n'y a pas d'un côté l'individu en lui-même et sa culture de l'autre, mais les deux aspects qui se complètent à chaque instant. C'est le rôle du psychanalyste de toujours prendre en compte les deux aspects qui se renvoient la balle et de comprendre ce qui se joue dans cette relation : une personnalité imprégnée de son propre cadre de référence. C'est aussi de cette manière que nous avons perçu et défini les croyances dans ce travail, imprégnant tout comportement. En revanche, le côté subjectif de l'interprétation de ces croyances n'a visiblement pas été suffisamment pris en compte. Pour le dire autrement, le paradigme de cette étude s'est construit au travers de nos lunettes et non-adapté à celles en face de nous.

Dans les études réalisées au Togo et que nous avons déjà citées plus haut, c'est le point de vue défendu également. Koumou, (2007) discute les études épidémiologiques autour de la

dépression qui ont prouvé l'universalité de ce trouble psychologique car nous la retrouvons dans chaque culture humaine. Il cite dans son étude Pélicier (1983) qui lui a mis en avant la variation clinique de la dépression en intensité et en présentation selon le groupe ethnique et la culture. Tout comme Tchokou, K. (2008) qui a démontré qu'en fonction de son appartenance ethnique, la zone de somatisation de la dépression était différente. Pour le dire plus simplement, le stress est ressenti souvent davantage dans l'estomac, qui se noue, se tord mais il peut aussi toucher d'autres zones telles que la tête, la peau, le dos, ou encore la pilosité et la transpiration selon le bagage culturel de l'individu. Ce sentiment peut être vécu et interprété de plusieurs façons possibles, mais le stress en fond est un sentiment partagé et est réel pour chacun.

C'est cette pratique que j'aimerais approfondir et avec laquelle cette étude pourrait prendre d'autres tournants : rencontrer l'individu dans sa singularité à un instant T. L'un des pionniers de l'ethnopsychologie, Tobie Nathan (2005), propose d'intégrer dans la clinique l'aspect culturel en s'adaptant à la singularité de chaque individu rencontré, comme un travail d'abord dé-constructif de son propre savoir, et ensuite d'apprentissage du savoir de la personne que nous rencontrons. Partant du principe que le patient, l'individu ou même la population en savent bien plus sur eux-mêmes, sur elle-même et ses principes culturels que le psychologue étranger à ceux-ci. Au psychologue d'essayer les lunettes des autres. Il l'oppose à la « psychiatrie transculturelle » qui traduit l'idée de traverser les cultures avec la sienne dans la pratique psychiatrique. Il n'y a pas dans la transculturalité de notion d'adaptation : « de parvenir, par exemple, à un diagnostic de schizophrénie ou de dépression, même dans un monde où le mot – et peut-être jusqu'à la chose – n'existe pas » (p.576) pour citer Nathan lors d'une interview en 2005. Un apprentissage d'un tout autre savoir qui permettrait de répondre avec une meilleure compréhension et donc un travail plus efficient au questionnement de base de cette recherche : comment pratiquer la clinique dans un contexte interculturel.

V. Conclusion

Nous avons cherché ici à mettre en avant des différences au niveau clinique dans des pays aux cultures divergentes dans le but d'apporter une prise en charge psychologique adaptée. Pour ce faire, nous avons eu l'occasion de réaliser une partie de cette étude au Togo, dans un centre de santé mentale. Ainsi, trois tests mesurant des concepts psychologiques particuliers ont été administrés à un échantillon d'individus togolais. D'autres part, et dans le but de réaliser une analyse comparative des résultats, nous avons fait passer ces mêmes tests à un échantillon de personnes d'origine européenne. L'hypothèse de base postulait une différence de culture interprétée ici par le concept du Lieu de contrôle de Rotter (1966), attribuant un locus externe à une population collectiviste, et un locus interne à une population plutôt individualiste (H1). Cela étant, nous avons émis la seconde hypothèse qui était que ce locus, en fonction du type de culture du pays d'origine, avait une certaine influence sur deux sentiments ressentis face aux événements de la vie : le Sens de la cohérence, concept introduit par Antonovsky (1987) et celui d'Impuissance apprise élaboré par Martin Seligman et ses collègues en 1967 (H2). Dans la logique que ce lieu de contrôle était de ce fait important à prendre en charge dans une psychothérapie, car pouvant jouer un rôle sur la prise en charge et la perception d'une souffrance. De par la littérature scientifique à ce sujet, nous avons de bonnes raisons à priori de penser que les Togolais ayant un lieu de contrôle plus externe que les Européens, obtiendraient moins de Sens de la cohérence (H3) mais plus d'Impuissance apprise (H4). Ces deux principes psychologiques ont été mesurés via l'échelle de la SOC-13 (Antonovsky, 1987) d'abord, puis celle de l'Impuissance apprise, la LHS-20 (Quinless et Nelson, 1988). Enfin, nous avons utilisé la LOC-29 (Rotter, 1966) afin de déterminer le « locus of control » des participants. Toutes les trois, dans leur version française. Ces différents concepts s'attardent davantage sur les capacités à faire face ou à se reconstruire après un vécu difficile et défendent ainsi une approche positive de la personne en psychothérapie. Mais dans un contexte interculturel, il nous paraissait important dans un premier temps, de comprendre comment ceux-ci s'articulent au sein d'une population étrangère à la nôtre. Les résultats ici ne nous ont pas permis d'émettre une différence significative entre le Lieu de contrôle (Rotter, 1966) de nos deux populations. Nous avons observé une faible différence au niveau du sentiment d'impuissance (Seligman et al., 1967), légèrement plus élevé du côté des Européens, appuyant l'idée que les origines influencent bien alors ce sentiment. Il n'en a pas été de même pour le sentiment de cohérence (Antonovsky, 1987). Nous avons montré en revanche que 12% de celui-ci était prédit par le

Lieu de contrôle (Rotter, 1966) dans le sens de (H4) : c'est-à-dire que les individus ayant un locus interne ont obtenu plus de Sens de la cohérence, et inversement pour ceux ayant un locus externe : ils en ont obtenu moins. Au-delà des limites pratiques liées avant tout au cadre d'un travail de fin d'étude en master, et à des conditions de vie et de stage pas toujours évidentes sur place au Togo, cette recherche nous a permis de comprendre à quel point tout comportement est imprégné de la culture : non pas ici, et comme nous le pensions avant de réaliser ce travail, en ce qui concerne les patients dans une approche clinique, mais bien déjà en ce qui concerne ceux qui posent les questions : les chercheurs et/ou psychothérapeutes. Vouloir comprendre comment fonctionne une population avant de travailler ensemble nous semble être une attention juste. Mais appréhender ces questions seulement de notre point de vue, ici occidental, peut biaiser les résultats et l'orientation de ces questionnements.

La position de l'ethnopsychiatrie nous semble donner alors certaines clés, à ceux qui, dans un milieu où cultures et croyances se mélangent, veulent avant tout apprendre de l'Autre et laisser la place à l'intégrité subjective de tout un chacun. En effet, nous avons mis en évidence la place que prend le psychothérapeute dans ce type d'approche, qui est celle de l'apprenti qui déconstruit ses acquis. De ce fait, c'est le patient qui devient détenteur du savoir, lui-même imprégné inconditionnellement d'une culture, mise en jeu lors d'une psychothérapie.

Références

- Abramson, L. Y., Seligman M. E. P., & Teasdale J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alaphilippe, D., & Chasseigne, G. (1993). Construction d'une échelle de représentation du contrôle chez les personnes âgées. *L'année psychologique*, 93(2), 269-282. doi: 10.3406/psy.1993.28697
- Allport, G. W. & Ross, J. M (1967). Personal Religion Orientation and prejudice. *Journal of Personality and social psychology*, 5, 432-443.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (1e ed.). San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Ash, S.E. (1955). Opinions and Social Pressure. *Scientific American*, 193(5), 31-35.
- Autès, M. (1973). Devereux, Georges, Ethnopsychanalyse complémentariste. *Revue française de sociologie*, 564-566.
- Aydogan, H. (2016). A Psycholinguistics Case Study: The Relations of Learned Helplessness, Locus of Control, and Attitudes towards English with Academic Success. *Journal of the Faculty of Education*, 17(3), 177-183. doi: 10.17679/inuefd.17391488
- Blanc, J., Rahill, G. J., Laconi, S., & Mouchenik, Y. (2016). Religious beliefs, PTSD, depression and resilience in survivors of the 2010 Haïti earthquake. *Journal of affective disorders*, 190, 697-703.
- Bowling, A. (2004). *Measuring Health*. United-Kingdom: McGraw-Hill Education.
- Bulut, H., Hisar, F., & Demir, S. G. (2010). Evaluation of mentorship programme in nursing education: A pilot study in Turkey. *Nurse Education Today*, 30, 756-762.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *La Résilience connaissance de base*, Paris, France : Odile Jacob.
- Dassa, S. K., Mbassa Menickb, D., & Taboc, A. (2008). Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : L'exemple du Togo. *Perspectives Psy*, 47(1), 52-58. doi: 10.1051/ppsy/2008471052
- Dassaa, S. K., Mbassa Menickb, D., Taboc, A., Ahyid, R. G., & Ferrarie, P. (2009). Les perceptions collectives des enfants et adolescents handicapés mentaux en Afrique de l'Ouest. Le cas du Togo. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 325-331.

- Deconchy, J. P. (1978). La théorie du « locus of control » et l'étude des attitudes et des comportements religieux. *Arch. Sc. des Rel.*, 46(1), 153-160.
- Delroy, M. L. (1978). Internal versus external control in Asian and West Indian adolescent in Britain. *Journal of Adolescence*, 1, 283-296. doi: 0140-1871/78/030283-14s02.00/0.
- DeMarco, N. J. (2014). Learned Helplessness, Spirituality, Abstinence Efficacy, and Alcohol Recovery. *PCOM Psychology Dissertations*, 303, 32-37.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, France : Flammarion.
- Dubois, N. (1985). Contribution à l'étude de la dimensionalité du concept de « locus of control » LOC. *L'année psychologique*, 85, 27-40.
- Eriksson, M. (2014). *The salutogenic framework for health promotion and disease prevention*. The handbook of behavioral medicine. Hoboken: Wiley-Blackwell, D. I. Mostofsky.
- Erikson, M., & Lindström, B. (2012). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki, Finlande : Presses de l'Université Laval.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466. doi: 10.1136/jech.2003.018085
- Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The Sense of Coherence and Its Measurement. *The Handbook of Salutogenesis*, 97-106. doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_12
- Fossion, P. (2016). *Contribution à l'étude des conséquences à long terme des traumatismes de l'enfance sur les stratégies d'adaptation aux stress et aux traumatismes ainsi que sur le développement de troubles anxio-dépressifs à l'âge adulte*. (Unpublished doctoral dissertation). Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique.
- Fossion, P., Leys, C., Kempnaers, C., Braun, S., Verbanck, P., & Linkowski, P. (2014). Disentangling Sense of coherence and Resilience in case of multiple traumas. *Journal of Affective Disorders*, 160, 21-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.029>
- Gana, K., & Garnier, S. (2001). Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*, 31, 1079-1090. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00205-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00205-1)
- Gurin, P., Gurin, G., Lad, R. & Beattie, M. (1969). Internal-external control in the motivational dynamics of Negro youth. *Journal of Social Issues*, 25, 29-53.
- Haruna, A., & Alhaji Ahmadu, I. (2014). The Impact of Locus of Control and Religious Orientation on Academic Anxiety among Adolescents. *Research on Humanities and Social Sciences*, 4(1), 59-62.
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of*

- Experimental Psychology*, 102, 187-193.
- Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. P. (1975). Generality of Learned Helplessness in Man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 311-327.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations. Software of the mind* (3e éd.). New-York, Etats-Unis: McGraw-Hill.
- Holland, C., Geraghty, J., & Shah, K. (2010). Differential moderating effect of locus of control on effect of driving experience in young male and female drivers. *Journal Personality and Individual Differences*, 48, 821-826. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.003>
- Huizing, R. L. (2015) Who's controlling Locus of Control? Cross-Cultural Loc usage. *International journal of leadership studies*, 9(1), 76-88.
- Ionescu, S., Rutembesa, E., & Boucon, V. (2010). La résilience : Perspective culturelle. *Bulletin de psychologie*, 6(510), 463-468. doi: 10.3917/bupsy.510.0463
- Ivancevich, J. M., Konopaske, R., & Matteson, M. T. (2008). *Organizational behavior and management*. Boston: McGraw-Hill Irwin.
- Jackson, L. E., & Coursey, R. D. (1988). The Relationship of God Control and Internal Locus of Control to Intrinsic Religious Motivation, Coping and purpose in Life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(3), 399-410. doi: 10.2307/1387378
- Jakobsson, U. (2011). Testing Construct Validity of the 13-Item Sense of Coherence Scale in a Sample of Older People. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 4, 6-13.
- Journal du net, JDN. (13, 04, 2018). *Les 25 pays les plus pauvres du monde en images*. Consulter sur <https://www.journaldunet.com/patrimoine/finances-personnelles/1208753-pays-pauvres-classement/1208791-togo>
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of score self-evaluations traits – Self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability –With job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80–92.
- Karampas, K., Michael, G., & Stalikas, A. (2016). Positive emotions, Resilience and Psychosomatic health: Focus on Hellenic Army NCO Cadets, *Psychology*, 7, 1727-1740. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.713162>
- Kobasa, S. C. (1973). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- Kostou, I., & Leys, C. (2017). Echelle de bonheur subjectif (SHS) : propriétés psychométriques de la version française de l'échelle (SHS-F) et ses relations avec le bien être psychologique,

- l'affect et la dépression. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 49(1), 1-6. doi: 0008-400X/17/\$12.00
- Koumou, K. B. (2007). *Aspects culturels de la dépression et prise en charge à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného* (Master's thesis). Institut National des sciences de l'éducation (INSE), Lomé, Togo.
- Krause, N., & Wulff, K. M. (2004). Religious doubt and health: exploring the potential dark side of religion. *Sociology of religion*, 65(1), 35-56.
- Levenson, H. (1973). Reliability and validity of the I.P, and C-scale. A Multidimensional view of Locus of control. *American Psychological Association Convention*, 1-9.
- Levenson, H. (1973). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38(4), 377-383.
- Ministère de la santé et de la protection sociale Togolaise. (2017). *Plan Nationale de développement sanitaire 2017-2022*. Consulté sur http://www.sante.gouv.tg/sites/default/files/documents/togo_pnds_2017-2022_version_definitive_210217_.pdf
- Mahammadzadeh, A., Poursharifi, H., & Alipour, A. (2010). Validation of Sens of Coherence (SOC) 13 item scale in Iranian sample. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1451-1455.
- Mauss, M. (1923-1924). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *L'Année Sociologique*, 2, 482.
- Métraux, J. C. (2005). La pensée clinique en mutation. *Rhizome, Demandeur d'asile. Un engagement clinique et cotoyen*, 21, 21-27.
- Nathan, T. (2005). Entretien avec Tobie Nathan. Questions d'ethnopsychiatrie, *Outre-Terre*, 11, 575-581. doi: 10.3917/oute.011.0575
- Overmier, B., & Blancheteau, M. (1987). La résignation « apprise » : données actuelles et perspectives d'études. *L'année psychologique*, 87, 73-92. doi: <https://doi.org/10.3406/psy.1987.29186>
- Parsons, O. A., & Schneider, J. M. (1974). Locus of control in University students from Eastern and Western societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(3), 456-461.
- Paulhus, D. (1983). Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6), 1253.
- Pélicier, Y. (1983). *Suivre et traiter en psychiatrie*. Paris, France : J.B. Baillière.
- Pervin, A. L. (1993). *Personality: Theory and Research*. Toronto: John Wiley & Sons, Inc.

- Pettersen, N. (1985). Specific versus generalized locus of control scales related to job satisfaction. *Psychological Reports*, 56(1), 60–62.
- Pio, M., Baragou, S., Affassinou, Y., Pessinaba, S., Atta, B., Ehlan, K., Goehakue, E., Zoméni, F., & Damorou, J. M. (2013). Observance thérapeutique de l’hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé. *PanAfrican medical journal*, 14-48. doi : 10.11604/pamj.2013.14.48.1973
- Quinless, F. W., & Nelson, M. A. (1988). Development of a measure of learned helplessness. *Nursing Research*, 37, 11–15. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198801000-00003>
- Ric, R. (1996). L’impuissance acquise (learned helplessness) chez l’être humain : une présentation théorique. *L’année psychologique*. 96 (4), 677-702.
<https://doi.org/10.3406/psy.1996.28925>
- Richards, G., Reed, P., & Stewart-William, S. (2015). Associations between digit ratio (2D:4D) and locus of control. *Personality and Individual Differences*, 83, 102-105.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.047>
- Rivière, C. (1981). La naissance chez le Eve du Togo. *Journal des Africanistes*, 51, 1-2, 71-95.
- Rotter, J. B., (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs: New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-28.
- Salifou, S. O., & Rissik, T. (2006). *Représentation culturelle de la maladie et désaffection pour la médecine moderne : cas de clients des CHU Tokoin et campus de Lomé* (Doctoral dissertation). CHU Lomé, Togo.
- Samani Way, P. (2008). *Religious orientation, Locus of Control and Learned Helplessness* (Master’s these). University of Jos, Nigeria.
- Ségbéna, A. Y., Fétéké, L., Bikandou, B., Awitala, E. J., & Koura, A. G. (2009). Situation actuelle et perspectives de la transfusion sanguine au Togo. *Transfusion Clinique et Biologique*, 16, 460-463. doi : 10.1016/j.tracli.2009.07.002
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism*. New York, USA: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P., & Maier S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihali, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. P., & Miller, W. R. (1975). Depression and Learned Helplessness in Man. *Journal of abnormal psychology*, 84(2), 228-238.

- Smallheer, B. A. (2011). *Learned helplessness and depressive symptoms in patient following acute myocardial infarction*. Dissertation Submitted to the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University, Nashville, USA.
- Smith, P. B., Trompenaars, F., & Dugan, S. (1995). The Rotter locus of control scale in 43 countries: a test of cultural relativity. *International journal of psychology*, 30(3), 377-400. doi: 10.1080/00207599508246576
- Strickland, B. R., & Shaffer, S. (1971). I-E, I-E, & F. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 10, 366-369. doi:10.2307/1384782
- Tchokou, K. (2008). *Culture et santé mentale : appartenance ethnique et choix inconscient de la zone de somatisation dépressive* (Master's thesis). Institut National des sciences de l'éducation (INSE), Lomé, Togo.
- Ungar, M., Clark, S. E., Kwong, W., Makhnach, A., & Cameron, C. A. (2005). Studying Resilience Across Cultures. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 14, 3-4, 1-19. doi: 10.1300/J051v14n03_01
- Ventis, W. L. (1995). The Relationships Between Religion and Mental Health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01322.x>
- Vrana, S. R., & Lauterbach, D. (1994). The prevalence of post-traumatic psychological symptoms in non-clinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 7(2), 289-302. doi: 10.1002/jts.2490070209
- Wang, L., & Iv, M. (2017). Internal-External Locus of Control Scale. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1-4. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8_41-1
- Werner, E. E., Bierman, J.M. & French, F.E. (1971). *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Hawai : University of Hawai Press.

ANNEXES

Annexe 1

Echelle du Sens de la cohérence - SOC-13 (Antonovsky, 1987) – Adaptation française (Gana et Garnier, 2001).

Voici une série de questions ayant trait à divers aspects de votre vie. Pour chaque question, il y a sept réponses possibles. Cochez-s'il vous plaît le nombre qui correspond le mieux à votre réponse, 1 et 7 étant des réponses extrêmes. Répondez comme si vous vous parliez à vous-même et évitez de revenir en arrière pour changer vos réponses.

Par exemple :

Quand vous parlez à des gens, avez-vous le sentiment qu'ils ne vous comprennent pas ?

<i>Je n'ai jamais ce sentiment</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	<i>J'ai toujours ce sentiment</i>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

- Si effectivement vous pensez ne pas être compris, vous entourez le 7 (J'ai toujours ce sentiment)
- Si, au contraire, vous n'avez jamais ce sentiment, vous entourez le 1 (je n'ai jamais ce sentiment)
- Si vous pensez avoir parfois ce sentiment, vous entourez les réponses 2 ou 3.
- Si vous estimez avoir souvent ce sentiment, vous pouvez entourer les réponses 5 ou 6.
- Si votre avis est partagé, vous entourez le 4.

1. Vous avez le sentiment que vous ne vous souciez pas réellement de ce qui se passe autour de vous :

<i>Très rarement ou rarement</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	<i>Très souvent</i>
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------

8. Avez-vous des idées ou des sentiments confus(es) ?

<i>Très souvent</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très rarement ou jamais</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments intimes que vous préféreriez ne pas avoir ?

<i>Très souvent</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très rarement ou jamais</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Beaucoup de gens (même s'ils ont beaucoup de caractère) se sentent parfois de pauvres cloches. Avez-vous déjà eu ce sentiment dans le passé ?

<i>Jamais</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très souvent</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. Quand quelque chose arrive, vous trouvez généralement que :

<i>Vous surestimez ou sous-estimez son importance</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Vous voyez les choses dans de justes proportions</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Avez-vous le sentiment que les choses que vous faites dans la vie quotidienne ont peu de sens ?

<i>Très souvent</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très rarement ou jamais</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13. Vous avez le sentiment que vous n'êtes pas sûr(e) de vous maîtriser :

<i>Très souvent</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très rarement ou jamais</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Annexe 2

Learned Helplessness Scale – LHS-20 (Quinless et Nelson, 1988) – Adaptation française (Fossion, 2016).

À chaque énoncé, indiquez à quel degré vous êtes d'accord ou pas d'accord avec ces propositions.

Cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1- Peu importe l'énergie que je mets dans une activité, j'estime n'avoir aucun contrôle sur le résultat				
2- J'estime que ma propre incapacité à résoudre les problèmes est la cause de mes échecs				
3- Je ne peux pas trouver de solutions aux problèmes difficiles				
4- Je ne me mets pas dans des situations pour lesquelles je n'ai pas de solutions				
5- Si j'accompli une tâche avec succès, c'est probablement par chance				
6- Je n'ai pas la capacité de résoudre la plupart des problèmes de la vie.				
7- Quand je ne réussis pas une activité, je n'essaie pas d'activités similaires parce que j'estime que j'échouerais aussi				
8- Quand quelque chose ne se produit pas comme je l'avais prévu, je sais que c'est parce que je n'avais pas la capacité de commencer.				
9- Les autres ont plus de contrôle sur leurs réussites/échecs que moi				
10- Je n'essaies pas de nouvelles activités si j'ai échoué dans des activités similaires auparavant				
11- Quand j'ai une faible réussite, c'est parce que je n'ai pas les capacités de mieux faire				
12- Je n'accepte pas de tâches pour lesquelles je ne pense pas réussir				
13- Je pense avoir un faible contrôle sur les événements extérieurs dans mon travail				
14- Je suis insatisfait dans la majorité des activités que j'entreprends				
15- Je pense que n'importe qui d'autre pourrait faire mieux que moi dans la majorité des activités				
16- Je suis incapable d'atteindre mes buts dans la vie				

17- Quand je n'arrive pas une tâche, je me trouve stupide d'avoir échoué				
18- Malgré tous mes efforts, les choses ne semblent jamais aller dans le sens que je voudrais				
19- J'ai l'impression que mes succès sont le résultat de la chance et non de mes capacités				
20- Mon comportement ne semble pas influencer le succès d'un groupe de travail				

Annexe 3

Echelle du Lieu de contrôle – LOC-29 (Rotter, 1966) – Adaptation française (Alaphilippe et Chasseigne, 1993) des 15 premiers items et les 14 items restants ont été traduit par Manon Reynaud (2018).

Pour chaque question sélectionnez l'item avec lequel vous êtes le plus d'accord.

1. a. Les enfants ont des problèmes car leurs parents les punissent trop.
b. Le problème avec la plupart des enfants de nos jours est que leurs parents ne les punissent pas assez.
2. a. Beaucoup de malheurs dans la vie des gens sont en partie dus à la malchance.
b. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils commettent.
3. a. L'une des principales raisons pour lesquelles nous avons des guerres est que les gens ne s'intéressent pas suffisamment à la politique.
b. Il y aura toujours des guerres, peu importe à quel point les gens essayent de les prévenir.
4. a. Chacun reçoit le respect qu'il mérite.
b. Bien souvent la valeur d'un individu passe souvent inaperçue, quels que soient ses mérites.
5. a. L'idée selon laquelle les enseignants sont injustes envers les étudiants est fausse.
b. La plupart des étudiants ne réalisent pas à quel point leurs notes sont influencées par des événements accidentels.
6. a. Sans prendre les bonnes décisions, on ne peut pas être un leader efficace.
b. Les personnes compétentes échouent à devenir leader parce qu'ils n'ont pas profité de leurs opportunités.
7. a. Peu importe à quel point vous essayez de vous faire aimer, certaines personnes ne vous aiment pas.

- b. Les personnes qui ne peuvent pas amener les autres à les aimer, ne comprennent pas comment s'entendre avec eux.
8. a. L'hérédité est déterminante dans la personnalité de chacun.
b. C'est l'expérience de la vie qui fait ce que nous sommes.
9. a. J'ai toujours pensé que ce qui devait arriver finissait toujours pas se produire.
b. Faire confiance au destin ne m'a jamais réussi, je préfère décider de mes actes moi-même.
10. a. Il y a rarement, voire jamais, de tests injustes pour un élève bien préparé.
b. Souvent les questions des examens ont tendance à ne pas avoir de rapport avec le travail fait en cours.
11. a. Avoir du succès est une affaire de dur labeur, avoir de la chance a peu ou rien à voir avec.
b. Obtenir un bon travail dépend principalement du fait d'être au bon endroit au bon moment.
12. a. Le citoyen moyen a une influence réelle sur les décisions du gouvernement.
b. Le monde est dirigé par un petit nombre de personne au pouvoir et le simple citoyen ne peut pas y faire grand-chose.
13. a. Quand je planifie quelque chose, je suis quasiment certain que tout va fonctionner.
b. Il n'est pas toujours sage de planifier en avance car beaucoup de choses sont liées à la chance ou la malchance.
14. a. Il y a des gens méchants.
b. Il y a du bon en chacun.
15. a. Pour moi, obtenir ce que je désire n'a rien à voir avec la chance.
b. Très souvent nous ferions bien de prendre nos décisions en tirant à pile ou face.

16. a. Être le chef signifie souvent être au bon endroit au bon moment en premier.
b. Faire en sorte que les gens fassent les bons choix dépend de leurs capacités, la chance a peu ou rien à voir avec cela.
17. a. En ce qui concerne les affaires mondiales, la plupart d'entre nous sont victimes de forces que nous ne pouvons ni comprendre ni contrôler.
b. En étant actif en politique et en travaux sociaux les gens peuvent contrôler les événements mondiaux.
18. a. Beaucoup de gens ne réalisent pas combien leur vie est déterminée par la chance.
b. Le hasard n'existe pas.
19. a. Nous devons toujours reconnaître nos erreurs.
b. Il est généralement préférable de dissimuler ses erreurs.
20. a. Il est difficile de savoir lorsqu'une personne vous aime ou non.
b. Le nombre de nos amis dépend de notre degré de gentillesse.
21. a. Sur le long terme, les mauvaises choses qui nous arrivent s'équilibrent avec les bonnes.
b. La plupart des malheurs résultent d'un manque de capacité, d'ignorance, de paresse ou des trois.
22. a. Avec un effort suffisant nous pouvons éliminer la corruption politique.
b. Il est difficile pour les individus d'avoir le contrôle sur ce que font les politiciens au bureau.
23. a. Parfois je ne comprends pas comment les enseignants notent.
b. Il y a une connexion directe entre la manière dont j'étudie et les notes que je reçois.
24. a. Un bon leader attend des gens qu'ils décident eux-mêmes de ce qu'ils doivent faire.
b. Un bon leader indique clairement à tous ce qu'ils doivent faire.
25. a. J'ai souvent le sentiment que je n'ai qu'une faible influence sur ce qu'il m'arrive.

b. Il m'est difficile d'accepter que la chance ou le hasard jouent un rôle important dans ma vie.

26. a. Les gens sont seuls car ils n'essayent pas d'être amicaux.

b. Il n'est pas très utile d'essayer de faire plaisir aux gens s'ils vous aiment, ils vous aiment.

27. a. Nous mettons trop l'accent sur l'athlétisme au lycée.

b. Les sports d'équipes sont un excellent moyen de construire son caractère.

28. a. Ce qu'il m'arrive est de mon ressort.

b. Parfois je sens que je n'ai pas assez de contrôle sur la direction que prend ma vie.

29. a. La plupart du temps je ne saisis pas très bien pourquoi les politiciens se comportent comme ils le font.

b. À long terme nous sommes responsables de ceux qui nous gouvernent, à échelle nationale ou locale.

Annexe 4



UJPOD^{Togo}

CONSENTEMENT ECLAIRE

Etude en Santé mentale

Je soussigné(e).....
déclare accepter, librement, et de façon éclairée, participer comme sujet à l'étude intitulée :
« L'impact des croyances dans un chemin thérapeutiques : l'exemple du Togo ».

Sous la direction de l'ONG UJPOD-Togo, l'Union des Jeunes pour le Développement et l'Université Libre de Bruxelles (ULB) dans le cadre d'un mémoire de fin d'études.

Investigateur principal :

Manon Reynaud (étudiante en Master 2 psychologie clinique et psychopathologies à l'ULB, volontaire de l'ONG UJPOD-Togo dans la branche santé mentale et stagiaire en psychologie clinique au centre de santé mentale Paul Louis René de Lomé, au Togo, en Afrique).

Responsables de l'étude :

Christophe Leys, professeur à la Faculté des Sciences psychologiques et de l'éducation de l'ULB et chercheur au centre de recherche en psychologie sociale et interculturelle, et au service d'Analyse des Données.

But de l'étude :

Via un travail de fin d'études, développer le pôle santé mentale de l'ONG UJPOD, nourrir et renforcer les représentations de la santé mentale au Togo et comprendre davantage le comportement thérapeutique de personnes souffrant de troubles psychologiques pour ainsi mieux les prendre en charge.

Engagement du participant :

Le participant s'engage à remplir sur papier trois questionnaires mesurant des concepts cliniques précis et définis au préalable par l'investigateur. Il s'agira de la SOC-13

(Antonovsky, 1987), de la LHS-20 (Quinless & Nelson, 1988) ainsi que de la LOC-29 (Rotter, 1966). Pour les deux premiers, chaque item se réfère à une échelle de Likert où le participant devra donner une note suivant s'il est d'accord ou non avec celui-ci. Le dernier consiste à choisir entre l'item a) ou l'item b) pour chaque proposition.

Engagement de l'investigateur principal :

L'investigateur s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Le participant a également la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique :

Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires.

Signatures : Participant

Investigateur

