



Université  
de Toulouse

# THÈSE

En vue de l'obtention du

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse 3 Paul Sabatier (UT3 Paul Sabatier)

Cotutelle internationale avec :

Université de Lomé, TOGO

---

Présentée et soutenue par :

**Kossi Blewussi KOUNOU**

Le mardi 19 février 2013

**Titre :**

ASSOCIATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE  
LA PERSONNALITE : ETUDE COMPARATIVE ENTRE LA FRANCE ET LE TOGO

---

ED CLESCO : Neurosciences, comportement et cognition

**Unité de recherche :**

Laboratoire du Stress Traumatique (EA 4560)

**Directeur(s) de Thèse :**

Laurent SCHMITT, Professeur d'Université

Gnansa DJASSOA, Professeur d'Université

Eric BUI, Titulaire de l'HDR

**Rapporteurs :**

Jean-Pierre CLEMENT, Professeur d'Université

Philippe NUBUKPO, Titulaire de l'HDR

**Autre(s) membre(s) du jury :**

Jean-Luc SUDRES, Professeur d'Université



*A Justine,*

*A Eva,*

*A toute ma famille,*

*Avec toute mon affection.*

# REMERCIEMENTS

Je remercie du fond de cœur les membres de jury qui ont accepté de juger ce travail de thèse.

Monsieur Le Professeur Laurent SCHMITT

Monsieur Le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Monsieur Le Professeur Jean-Luc SUDRES

Monsieur Le Docteur Philippe NUBUKPO

Monsieur Le Professeur Laurent SCHMITT, c'est un grand honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail de thèse malgré vos multiples occupations. Permettez-moi de vous témoigner toute ma reconnaissance et de vous remercier sincèrement. Vous avez toujours été très attentif à tous les détails dans la réalisation de ce travail. Vous m'avez toujours donné d'utiles conseils depuis mon année de Master 2 Recherche et vous m'avez permis d'avoir une base solide en matière de recherche clinique. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail qui est l'aboutissement de plusieurs années de sacrifices.

Monsieur Le Professeur Jean-Pierre CLEMENT, je suis très honoré par votre acceptation de juger ce travail de recherche et de faire partie du jury. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

Monsieur Le Professeur Jean-Luc SUDRES, c'est un immense honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Vous êtes une référence pour moi, par la qualité de vos enseignements. Recevez mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO, vous n'avez pas hésité à accepter de juger ce travail lorsque je vous ai sollicité. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

Mes remerciements vont également à Monsieur Le Professeur Gnansa DJASSOA, qui a accepté de codiriger cette thèse malgré la distance. Je vous remercie pour vos sages conseils de chercheur et de clinicien expérimenté qui m'ont permis d'améliorer ce travail.

Mes remerciements au Professeur Philippe BIRMES pour ses multiples conseils lors des réunions de synthèse du Laboratoire du Stress Traumatique (EA 4560).

Je remercie tout particulièrement le Docteur Eric BUI qui m'a aidé avec des conseils de traitement statistique des données et qui m'a permis d'apprendre l'analyse de médiation.

A toute l'équipe du Laboratoire du Stress Traumatique (EA 4560), et particulièrement à Agnès, Julie, Cécile, Géraldine et Philippe, vos conseils, soutiens et suggestions m'ont permis d'améliorer ce travail de thèse. Je vous en remercie.

Je ne cesserai de remercier les responsables de l'Agence Universitaire de la Francophonie (A.U.F.) qui m'ont accordé une bourse d'études de Doctorat durant deux ans au cours de la réalisation de ce travail de thèse. Cette bourse m'a facilité le recueil des données en France et surtout au Togo au cours de mes voyages d'études.

Mes remerciements à Danièle et Didier DRONIOU qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail de thèse par leurs multiples soutiens financiers et moraux.

Un remerciement spécial à mon ami le Docteur Léonard AMETEPE qui m'a facilité le recrutement des patients à la Clinique d'Aufréry.

Mes remerciements vont également au Professeur Simliwa Kolou DASSA qui m'a facilité l'accès à la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU-Tokoin et du CHU Campus et au Centre de Santé Mentale d'Agoe, à Nathalie DAKEY et Esse AMOUZOU qui m'ont aidé dans le recueil des données au Togo.

Un remerciement particulier à Eric KEDJI pour son assistance informatique, à mes amis Biao, Holi, Boniface ODAH et Gérard ABALO pour leurs conseils.

A Brigitte DAUZET-GUIRAUT et Emmanuelle LAUBIN, je ne cesserai de vous remercier pour votre sollicitude et votre disponibilité.

Un remerciement particulier à tous les membres de ma famille qui ont cru en moi et m'ont soutenu tout le long de cette thèse.

Enfin, je voudrais exprimer ma gratitude et ma reconnaissance à tous les participants qui ont accepté de prendre part à cette recherche et particulièrement aux patients soignés pour un épisode dépressif majeur sans qui ce travail de recherche ne pourrait être réalisé.

# TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>REMERCIEMENTS .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>TABLE DES MATIERES6</b>  |           |
| <b>INDEX DES TABLEAUX9</b>  |           |
| <b>INDEX DES FIGURES .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>RESUME .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>ABSTRACT .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>1 REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>  | <b>17</b> |
| 1.1 DEFINITIONS DES CONCEPTS.....   | 17        |
| 1.1.1 <i>Stress et traumatisme</i> .....  | 17        |
| 1.1.1.1 Stress .....  | 17        |
| 1.1.1.1.1 Conceptions du stress .....   | 17        |
| 1.1.1.1.2 Psychologie du stress .....   | 19        |
| 1.1.1.2 Traumatisme.....  | 19        |
| 1.1.1.2.1 Modalités des traumatismes et contexte socioculturel.....                             | 20        |
| 1.1.1.2.2 Paramètres des événements stressants ou traumatisants .....                           | 29        |
| 1.1.1.2.3 Classifications des traumatismes .....  | 30        |
| 1.1.1.2.4 Epidémiologie des traumatismes de l'enfance .....                                     | 34        |
| 1.1.1.2.5 Modèles théoriques des traumatismes.....  | 39        |
| 1.1.2 <i>Personnalité</i> .....   | 48        |
| 1.1.2.1 Définitions de la personnalité .....  | 48        |
| 1.1.2.2 Modèles de la personnalité .....  | 50        |
| 1.1.2.2.1 Modèles catégoriels de la personnalité .....  | 50        |
| 1.1.2.2.2 Modèles dimensionnels de la personnalité.....   | 65        |
| 1.2 ASSOCIATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES PSYCHOPATHOLOGIES.....               | 72        |
| 1.2.1 <i>Traumatismes de l'enfance et santé mentale chez l'enfant et l'adolescent</i> .....     | 72        |
| 1.2.2 <i>Traumatismes de l'enfance et santé mentale à l'âge adulte</i> .....                    | 79        |
| 1.2.2.1 Association entre les traumatismes de l'enfance et l'épisode dépressif majeur.....      | 83        |
| 1.2.2.2 Association entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité .....                | 86        |
| 1.2.2.2.1 Traumatismes de l'enfance et troubles de la personnalité.....                         | 86        |
| 1.2.2.2.2 Traumatismes de l'enfance et dimensions de la personnalité.....                       | 91        |
| 1.2.2.3 Association entre la personnalité et la dépression .....                                | 93        |
| 1.2.2.3.1 Troubles de la personnalité et dépression .....                                       | 93        |
| 1.2.2.3.2 Dimensions de la personnalité et dépression .....                                     | 96        |
| 1.2.2.4 Association entre les traumatismes de l'enfance, la personnalité et la dépression .     | 96        |
| 1.3 FACTEURS INFLUENÇANT L'EVOLUTION PSYCHOLOGIQUE DES INDIVIDUS SUITE AUX TRAUMAS DE L'ENFANCE | 97        |
| 1.3.1 <i>Les variables liés à l'événement</i> .....   | 98        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 1.3.2    | <i>Les variables liées à l'enfant</i> .....   | 99         |
| 1.3.3    | <i>Les variables liées au milieu de récupération</i> .....  | 99         |
| 1.3.4    | <i>Evolution positive après les traumatismes de l'enfance : la résilience</i> .....                               | 100        |
| 1.3.4.1  | Définition du concept de résilience.....  | 101        |
| 1.3.4.2  | Facteurs de résilience.....   | 102        |
| 1.4      | RESUME DES TRAVAUX EXAMINANT LES LIENS ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LA DEPRESSION A L'AGE ADULTE.....   | 106        |
| 1.5      | RESUME DES TRAVAUX EXAMINANT LES LIENS ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LA PERSONNALITE A L'AGE ADULTE..... | 107        |
| 1.5.1    | <i>Traumas de l'enfance et troubles de la personnalité</i> .....  | 107        |
| 1.5.2    | <i>Traumas de l'enfance et dimensions de la personnalité</i> .....  | 108        |
| 1.6      | NECESSITE D'UNE ETUDE COMPARATIVE ENTRE LA FRANCE ET LE TOGO.....   | 109        |
| <b>2</b> | <b>METHODOLOGIE</b> .....   | <b>115</b> |
| 2.1      | OBJECTIFS DE LA THESE.....  | 115        |
| 2.1.1    | <i>Contexte</i> .....   | 115        |
| 2.1.2    | <i>Objectifs et hypothèses</i> .....  | 116        |
| 2.1.2.1  | Objectifs.....  | 116        |
| 2.1.2.2  | Hypothèses.....   | 117        |
| 2.1.2.3  | Variables de la recherche.....  | 120        |
| 2.2      | METHODES.....   | 121        |
| 2.2.1    | <i>Cadres d'étude</i> .....   | 121        |
| 2.2.2    | <i>Participants</i> .....   | 122        |
| 2.2.2.1  | Critères d'inclusion.....   | 123        |
| 2.2.2.2  | Critères de non-inclusion.....  | 124        |
| 2.2.2.3  | Caractéristiques de la population d'étude.....  | 124        |
| 2.2.3    | <i>Procédure</i> .....  | 126        |
| 2.2.4    | <i>Mesures</i> .....  | 126        |
| 2.2.4.1  | Données sociodémographiques.....  | 126        |
| 2.2.4.2  | Traumatismes de l'enfance.....  | 128        |
| 2.2.4.3  | Troubles de la personnalité.....  | 132        |
| 2.2.4.4  | Intensité du narcissisme.....   | 133        |
| 2.2.4.5  | Dimensions de la personnalité.....  | 134        |
| 2.2.5    | <i>Analyses statistiques</i> .....  | 135        |
| <b>3</b> | <b>RESULTATS</b> .....  | <b>139</b> |
| 3.1      | CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON.....  | 139        |
| 3.1.1    | <i>Effectifs et fréquences des traumatismes de l'enfance</i> .....  | 139        |
| 3.1.2    | <i>Symptômes des troubles de la personnalité</i> .....  | 140        |
| 3.2      | COMPARAISONS DES GROUPES.....   | 141        |
| 3.2.1    | <i>Comparaison des traumatismes de l'enfance</i> .....  | 142        |
| 3.2.2    | <i>Comparaisons de la personnalité</i> .....  | 143        |
| 3.2.2.1  | Comparaison des troubles de la personnalité.....  | 143        |
| 3.2.2.2  | Comparaison des dimensions de la personnalité.....  | 146        |
| 3.3      | VARIABLES DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ASSOCIEES A LA PERSONNALITE.....  | 147        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 3.3.1    | <i>Matrices de corrélations pour l'échantillon total</i> .....  | 147        |
| 3.3.2    | <i>Associations entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité</i> .....                        | 149        |
| 3.3.2.1  | Associations dans la population clinique en France.....   | 149        |
| 3.3.2.2  | Associations dans la population clinique au Togo.....   | 149        |
| 3.3.2.3  | Associations chez les témoins au Togo .....   | 151        |
| 3.3.3    | <i>Prédictions des risques de troubles de la personnalité par les traumatismes de l'enfance</i><br>151                  |            |
| 3.3.3.1  | Prédiction des risques dans la population clinique de France .....  | 152        |
| 3.3.3.2  | Prédiction des risques dans la population clinique au Togo .....  | 153        |
| 3.3.3.3  | Prédiction des risques dans la population témoin au Togo .....  | 154        |
| 3.3.4    | <i>Parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité</i> .....                                     | 155        |
| 3.3.4.1  | Analyse de médiation pour les patients en France .....  | 155        |
| 3.3.4.2  | Analyse de médiation pour les patients au Togo .....  | 158        |
| 3.3.4.3  | Analyse de médiation pour les témoins du Togo .....   | 160        |
| <b>4</b> | <b>DISCUSSION</b> .....   | <b>163</b> |
| 4.1      | DISCUSSION DES RESULTATS .....  | 163        |
| 4.1.1    | <i>Fréquences des traumatismes de l'enfance</i> .....   | 163        |
| 4.1.2    | <i>Comparaison des prévalences des traumatismes d'enfance dans la population clinique</i><br>165                        |            |
| 4.1.3    | <i>Différences de personnalité</i> .....  | 166        |
| 4.1.3.1  | Comparaison des troubles de la personnalité.....  | 166        |
| 4.1.3.2  | Comparaison des dimensions de la personnalité.....  | 169        |
| 4.1.4    | <i>Relation entre les traumatismes de l'enfance et l'EDM actuel au Togo</i> .....                                       | 170        |
| 4.1.5    | <i>Associations entre les traumatismes, les troubles de la personnalité et les dimensions de la personnalité</i> .....  | 171        |
| 4.1.5.1  | Associations dans la population totale.....   | 171        |
| 4.1.5.2  | Associations dans la population clinique de France.....   | 173        |
| 4.1.5.3  | Associations dans la population clinique du Togo .....  | 173        |
| 4.1.5.4  | Comparaison des associations entre les traumatismes d'enfance et les troubles de la personnalité chez les patients..... | 175        |
| 4.1.5.5  | Associations dans la population témoin.....   | 176        |
| 4.1.6    | <i>Parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité</i> .....                                     | 178        |
| 4.2      | DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE .....   | 180        |
| 4.3      | LIMITES .....   | 181        |
| 4.3.1    | <i>Population</i> .....   | 181        |
| 4.3.2    | <i>Méthodes d'évaluation</i> .....  | 182        |
| 4.4      | PERSPECTIVES.....   | 183        |
|          | <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>185</b> |
|          | <b>REFERENCES</b> .....   | <b>187</b> |
|          | <b>TABLE DES MATIERES DES ANNEXES</b> .....   | <b>224</b> |
|          | <b>INDEX DES AUTEURS</b> .....  | <b>259</b> |
|          | <b>INDEX THEMATIQUE</b> .....   | <b>260</b> |

# INDEX DES TABLEAUX

|   |     |
|---|-----|
| TABLEAU 1 - FACTEURS DE RESILIENCE SELON MANGHAM ET AL. (1995) .....  | 102 |
| TABLEAU 2 - CRITERES DE RESILIENCE CHEZ L'ENFANT, RAPPORTES PAR HAESEVOETS (2006) .....   | 103 |
| TABLEAU 3 - CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE .....  | 127 |
| TABLEAU 4 - EFFECTIFS ET FREQUENCES DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE DANS LA POPULATION D'ETUDE.....   | 140 |
| TABLEAU 5 - NOMBRE MOYEN DE SYMPTOMES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE DANS LA POPULATION D'ETUDE .....  | 141 |
| TABLEAU 6 - COMPARAISON DES SCORES DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ENTRE LES GROUPES .....  | 142 |
| TABLEAU 7 - COMPARAISON DE LA PREVALENCE DE LA SEVERITE DES TYPES DE TRAUMATISMES ENTRE LES DEUX GROUPES DE<br>PATIENTS.....  | 143 |
| TABLEAU 8 - COMPARAISON DES SYMPTOMES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE ENTRE LES GROUPES .....   | 144 |
| TABLEAU 9 - COMPARAISONS DU NOMBRE DE SYMPTOMES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE DANS LES TROIS GROUPES<br>(TEST DE KRUSKAL-WALLIS).....   | 145 |
| TABLEAU 10 - COMPARAISON DES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE ENTRE LES GROUPES .....  | 146 |
| TABLEAU 11 - CORRELATIONS BIVARIEES POUR L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON, N = 270 (COEFFICIENTS DE PEARSON).....  | 148 |
| TABLEAU 12 - ASSOCIATIONS ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE CHEZ LES<br>PATIENTS EN FRANCE ET AU TOGO.....   | 150 |
| TABLEAU 13 - PREDICTION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE PAR LES TYPES D'ABUS SEVERE DANS LE GROUPE DES<br>PATIENTS SOIGNES EN FRANCE : N = 89 (REGRESSIONS LOGISTIQUES MULTIVARIEES)..... | 152 |
| TABLEAU 14 - PREDICTION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE PAR LA PRESENCE D'ABUS SEVERE DANS LE GROUPE DES<br>PATIENTS SOIGNES EN FRANCE : N = 89 (REGRESSIONS LOGISTIQUES BIVARIEES).....  | 153 |
| TABLEAU 15 - PREDICTION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE PAR LES TYPES D'ABUS SEVERE DANS LE GROUPE DES<br>PATIENTS SOIGNES AU TOGO : N = 91 (REGRESSIONS LOGISTIQUES MULTIVARIEES).....   | 154 |
| TABLEAU 16 - PREDICTIONS DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE PAR LES ABUS/NEGLIGENCE<br>D'ENFANCE CHEZ LES TEMOINS : (N = 90), REGRESSION LOGISTIQUE MULTIVARIEE..... | 155 |

# INDEX DES FIGURES

|   |     |
|---|-----|
| FIGURE 1 - SCHEMATISATION DU MODELE DE STRESS PAR LAZARUS ET FOLKMAN (1984).....  | 19  |
| FIGURE 2 - ILLUSTRATION DE LA RELATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE A TRAVERS LES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE.....                    | 137 |
| FIGURE 3 - RELATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE A TRAVERS LES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE CHEZ LES PATIENTS DE FRANCE (N = 89) ..... | 157 |
| FIGURE 4 - RELATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE A TRAVERS LES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE CHEZ LES PATIENTS DU TOGO (N = 91) .....   | 159 |
| FIGURE 5 - RELATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE A TRAVERS LES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE CHEZ LES TEMOINS DU TOGO (N = 90).....     | 161 |

## RESUME

### **Titre : Association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité : Etude comparative entre la France et le Togo**

Objectifs : les traumatismes de l'enfance (TE) s'associent souvent à l'épisode dépressif majeur (EDM) et/ou aux troubles de la personnalité (TP) à l'âge adulte. Très peu d'études ont été réalisées en Afrique Subsaharienne francophone dont le Togo, pour examiner ces relations. Des différences liées à la culture, interviennent dans la perception et la réaction face à un événement traumatique. Notre étude a pour objectifs de comparer entre les groupes de participants, les scores et/ou les fréquences des TE, des TP et des dimensions de la personnalité (DP), d'évaluer l'association entre les TE et les TP et d'examiner le rôle médiateur des DP entre les TE et les TP.

Méthodes : il s'agit d'une étude transversale réalisée en France et au Togo auprès d'un échantillon composé de deux groupes de patients soignés pour un EDM (l'un en France,  $n = 89$  et l'autre au Togo,  $n = 91$ ) et d'un troisième groupe constitué de témoins togolais sans antécédents psychiatriques ( $n = 90$ ). L'évaluation des TE est faite avec la version à 28 items du Childhood Trauma Questionnaire. Le Questionnaire de Diagnostic de la Personnalité (PDQ-4+) et l'International Personality Item Pool (IPIP-50) ont permis d'évaluer les TP et les DP respectivement.

Résultats : 270 sujets, d'âge moyen 34,1 ans ( $ET = 12,0$ ) ont été évalués. Les patients soignés au Togo rapportaient plus de TE que leurs homologues de France et les témoins du Togo pour tous les types d'abus ( $p < 0,01$ ). Il existait une différence entre les trois groupes quant au nombre de symptômes des TP ( $p < 0,001$ ) et à la dimension stabilité émotionnelle ( $F(2, 267) = 87,71, p < 0,001$ ). Dans l'échantillon total, le score à l'abus total était positivement corrélé avec le score du PDQ-4+ ( $r(270) = 0,36, p < 0,01$ ). Chez les patients soignés en France, la négligence physique prédit les TP du cluster A et le TP narcissique. Chez les patients du Togo, l'abus physique était un prédicteur des TP antisociale, obsessionnelle-compulsive et négativiste. Au Togo, l'instabilité émotionnelle jouait un rôle de médiation totale dans la population clinique et exerçait un effet médiateur partiel chez les témoins dans l'association entre les TE et les TP alors qu'en France, aucune DP n'établit le lien entre les TE et les TP.

Conclusion : il existe une différence dans l'association et le parcours des TE aux TP dans notre population d'étude. Une évaluation systématique des TE, des DP et des TP chez des patients soignés pour un EDM pourrait contribuer à l'amélioration de leur prise en charge.

**Mots clés : traumatismes de l'enfance, personnalité, dépression, France, Afrique Subsaharienne, Togo.**

## ABSTRACT

### **Title: Relationship between childhood trauma and personality disorders: Comparative study between France and Togo**

**Objectives:** Childhood trauma (CT) is often related to major depressive disorder (MDD) and/or to personality disorders (PD) in adulthood. Little research has been carried out in french-speaking sub-Saharan Africa such as Togo, in order to examine these relations. Cultural differences occur in the perception and the reaction facing traumatic events. Our study aimed to compare among participants' groups, the frequencies of CT, PD and personality dimensions (Pd), to assess the relationship between CT and PD and to examine the mediating role of Pd between CT and PD.

**Methods:** It is about a cross-study carried out in France and Togo on a sample composed of two groups of patients treated for a current MDD (a group in France,  $n = 89$  and a group in Togo,  $n = 91$ ) and a third group made up of witnesses without psychiatric history in Togo ( $n = 90$ ). The 28-item Childhood Trauma Questionnaire was used to evaluate CT. The Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+) and the Internatioanl Personality Item Pool (IPIP-50) were used to assess the PD and the Pd, respectively.

**Results:** 270 participants of mean age: 34.1 years ( $SD = 12.0$ ), have been evaluated. Patients treated in Togo reported more CT than their counterparts in France and the togolese witnesses for all types of abuse ( $p < 0.01$ ). There was a difference among the three groups concerning the number of PD symptoms ( $p < 0.001$ ) and the emotional stability dimension ( $F(2, 267) = 87.71, p < 0.001$ ). On the whole sample, the total score of child abuse was positively correlated to the score of the PDQ-4+ ( $r(270) = 0.36, p < 0.01$ ). With the patients treated in France, the physical neglect predicted the presence of cluster A PD, and narcissistic personality disorder. With the patients treated in Togo, physical abuse was a predictor of antisocial, obsessive-compulsive and negativist PD. In Togo, emotional instability mediated fully with the clinical population and partially with the witnesses the relationship between CT and PD while in France none of the Pd mentioned the link between CT and PD.

**Conclusion:** There is a difference in the association and the pathway of CT to PD in our study population. A systematic evaluation of CT, PD and Pd carried out on patients treated for MDD would allow this population to have an optimal treatment.

**Key words:** childhood trauma, personality, depression, France, sub-Saharan Africa, Togo.

# INTRODUCTION

D'une façon générale, tous les êtres humains aspirent à vivre dans un environnement paisible, stable et sécurisé en étant entourés de personnes familières et bienveillantes. Cet environnement sécurisant et protecteur peut être remis en cause ou s'écrouler si des incidents critiques tels que les catastrophes naturelles, les agressions physiques et sexuelles, les accidents, se produisent. Ces situations délétères, souvent stressantes voire traumatiques, peuvent avoir des conséquences sur la santé somatique et mentale ou sur le bien-être psychologique des individus qui en sont victimes. Les premières descriptions de manifestations psychopathologiques consécutives à un événement traumatique ont été repérées dès l'Antiquité (Birmes et al., 2010).

Les événements traumatiques peuvent être vécus dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Les adversités de l'enfance sont particulièrement nocives pour l'enfant à cause de sa fragilité, de son immaturité et du fait qu'il dispose de peu de ressources personnelles pour y faire face. Selon Josse (2011), la personnalité des jeunes victimes étant malléable et inachevée, elle est aisément perturbée par l'impact du trauma et risque de subir des altérations indélébiles, voire d'être modifiée dans ses fondements.

Ainsi les manifestations psychiques suite aux adversités de l'enfance peuvent survenir dès l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Les maltraitements de l'enfance s'associent souvent à des troubles psychiatriques qui peuvent durer toute une vie. Des travaux antérieurs ont montré que les traumatismes de l'enfance peuvent avoir un lien avec la survenue de l'épisode dépressif majeur ou la présence des troubles de la personnalité à l'âge adulte.

Les études tant prospectives (Widom, DuMont et Czaja, 2007) que rétrospectives (Gibb, Chelminski et Zimmerman, 2007 ; Molnar, Buka et Kessler, 2001) ont montré que les abus sexuels, émotionnels et physiques de l'enfance sont des prédicteurs des troubles dépressifs à l'âge adulte.

Les abus émotionnels, les abus sexuels, les abus physiques et les négligences de l'enfance s'associent également aux troubles de la personnalité à l'âge adulte.

Des études ont examiné le lien entre les troubles de la personnalité et la dépression. Beaucoup de ces travaux ont trouvé l'existence de comorbidité entre les épisodes dépressifs et la

personnalité (Newton-Howes, Tyrer et Johnson, 2006) et que le trouble de la personnalité limite est un prédicteur de la persistance de l'épisode dépressif majeur (Skodol et al., 2011). Cependant, à ce jour, la plupart des recherches menées pour établir le lien entre les traumatismes de l'enfance et l'épisode dépressif majeur, les troubles de la personnalité et l'épisode dépressif majeur ont été faites en Occident ou dans les pays développés.

En effet, la rareté des travaux effectués dans les pays en voie de développement portant sur les traumatismes de l'enfance et leurs conséquences ont été déjà évoqués (Benjet, 2010 ; Lalor, 2004).

En Afrique Subsaharienne francophone, il existe peu d'études ayant trait aux conséquences des traumatismes de l'enfance à l'âge adulte. Une étude multicentrique menée dans 4 pays de l'Afrique Subsaharienne (Burkina-Faso, Ghana, Malawi et Ouganda) a examiné le risque des événements stressants de l'enfance qui sont liés aux conduites d'alcoolisme chez les adolescents âgés de 12 à 19 ans dans ces pays (Kabiru, Beguy, Crichton et Ezeh, 2010). Les deux adversités d'enfance associées à l'ivresse chez les adolescents étaient : vivre avec une personne ayant des problèmes d'alcoolisme avant l'âge de 10 ans et être abusé physiquement avant 10 ans. Cette étude n'a pas concerné la relation entre les TE et l'EDM dans ces pays et ne s'est pas intéressée aux conséquences de ces traumatismes à l'âge adulte. Au Togo, Dassa, Douti, Kpanaké, Koti et Küchenhoff (2005) ont établi une typologie des différentes formes de maltraitements des enfants et des adolescents âgés de 7 à 17 ans : abus physique, sexuel, psychologique et des traumatismes parfois liés aux pratiques culturelles togolaises, ont été évoqués. Les deux études susmentionnées n'ont pas examiné l'association entre les traumatismes de l'enfance et les psychopathologies à l'âge adulte, en l'occurrence les troubles de la personnalité ou la dépression.

En résumé, les traumatismes de l'enfance s'associent à la dépression et aux troubles de la personnalité à l'âge adulte d'une part, et d'autre part, les troubles de la personnalité s'associent à l'existence de la dépression. Ces associations ont été très peu étudiées en Afrique Subsaharienne francophone où les facteurs culturels interviennent dans l'interprétation du traumatisme et dans la façon dont on y fait face. Le parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité peut être différent en France et au Togo, compte tenu des différences éventuelles de perception des traumatismes de l'enfance, de leur interprétation et de leur résolution, différences liées au contexte socioculturel.

Notre étude a donc pour objectifs de comparer les scores et/ou fréquences des traumatismes de l'enfance, des troubles et dimensions de la personnalité entre la France et le Togo, en vue de faire ressortir les différences et similitudes, de montrer l'existence de liens entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité et la dépression au Togo, et enfin d'examiner le rôle médiateur des dimensions de la personnalité entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité dans chaque pays.

Pour atteindre ces objectifs, notre travail est structuré en quatre parties. Dans un premier temps, la revue de la littérature nous permettra d'explorer l'ensemble des travaux effectués portant sur les liens entre les traumatismes ou maltraitements de l'enfance, la dépression et les troubles de la personnalité, après avoir défini quelques concepts clés.

La deuxième partie consacrée à la méthodologie exposera notre étude, les objectifs, les hypothèses, notre échantillon d'étude, les instruments psychométriques de mesure et les analyses statistiques effectuées.

La troisième partie sera consacrée à la présentation des résultats.

La dernière partie constituera la discussion de l'ensemble des résultats obtenus qui seront comparés à ceux des travaux antérieurs. Cette partie se terminera sur les perspectives de futures recherches dans le champ des psychopathologies des traumatismes de l'enfance.

**PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA  
LITTERATURE**

# 1 REVUE DE LA LITTERATURE

## 1.1 DEFINITIONS DES CONCEPTS

### 1.1.1 *STRESS ET TRAUMATISME*

#### 1.1.1.1 **Stress**

Le mot **stress** vient du latin « stringere » qui signifie être tendu, être raide, serré. A partir du 17<sup>e</sup> siècle, Hooker utilise ce terme en sciences physiques pour désigner la tension interne produite par un matériau, pour résister aux pressions externes qui lui sont appliquées.

En 1914, le physiologiste américain Walter Cannon considère le stress comme la réaction de l'organisme à une quelconque agression venant perturber l'équilibre interne de l'organisme (son homéostasie), provoquant un syndrome d'urgence.

Grinker et Spiegel (1945), appliquent le concept de stress à la pathologie psychiatrique de guerre, pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat et développant en conséquence des troubles mentaux aigus ou chroniques.

Birmes, Klein et Schmitt (2007) considèrent le stress comme un processus englobant le stresser et la réponse. Il s'agit d'un processus qui comprend le rapport entre la personne et l'environnement par le biais des interactions et ajustements continus entre les deux. Dans ce cas, le stresser n'est pas seulement un stimulus ou une réponse, il est aussi un processus dynamique dans lequel la personne est un agent actif, capable d'influencer le stresser.

Barrois (1998) définit le stress comme « la réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu (plutôt que de l'organisme) à une agression, une menace ou une situation inopinée ».

Plusieurs conceptions du stress ont été proposées.

#### 1.1.1.1.1 *Conceptions du stress*

##### 1.1.1.1.1.1 **Conception physiologique de Selye**

Selye (1956) présente la théorie du « Syndrome Général d'Adaptation » selon laquelle l'organisme face à une agression, qu'elle soit de nature physique, chimique ou psychique,

réagit par une réponse non spécifique dont l'objectif est d'atteindre son homéostasie. Le « Syndrome Général d'Adaptation » est un processus qui s'effectue en trois étapes.

La première étape est une réaction d'alarme et de mobilisation des ressources hormonales survenant juste après le stress. Il s'agit d'une réaction de « fuite ou combat » suite à la situation stressante. L'excitation physiologique augmente et il y a une libération des hormones grâce au système endocrinien. Ainsi, l'organisme est complètement mobilisé pour faire face à l'agent agresseur.

La deuxième étape est une phase de résistance qui correspond à une période de compensation avec une recharge de moyen de défense. En effet, lorsque le stress est continu et intense, le corps se remplit d'hormones libérées par les glandes surrénales. Cette deuxième phase affaiblit l'organisme et le rend plus vulnérable aux problèmes de santé.

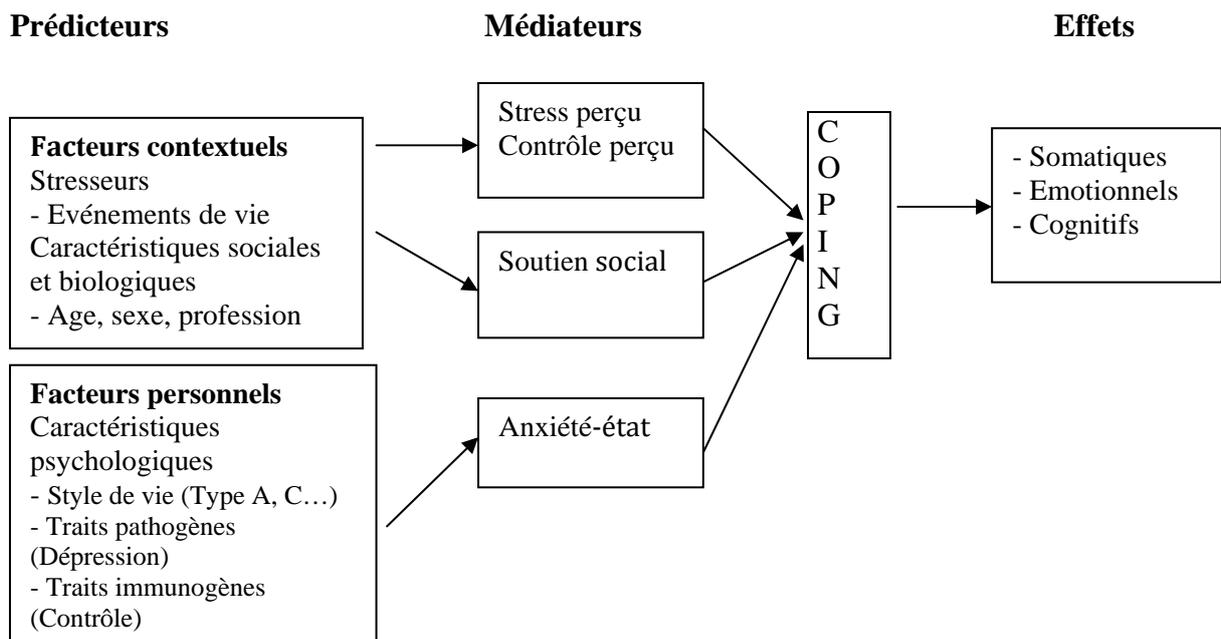
Enfin la troisième étape est la phase d'épuisement qui survient quand les ressources biologiques et psychiques ne sont pas suffisantes. En effet, au cours de cette phase, en cas de persistance du stress intense, l'excitation physiologique affaiblit le système immunitaire et épuise les réserves d'énergie du corps, jusqu'à ce que les limites de résistance soient atteintes. Le résultat ultime de la persistance du stress intense est la mort du sujet.

La conception physiologique développée par Selye (1956) dans la définition du stress n'intègre pas les composantes psychologiques de l'individu.

#### 1.1.1.1.2 Conception interactionniste

La conception interactionniste du stress, proposée par Lazarus et Folkman (1984) met l'accent sur la dimension cognitive entre l'événement aversif et la réponse du sujet. Cette conception du stress tient compte du coping et de l'adaptation. Selon cette conception, le stress serait le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation. Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) qui est schématisé en-dessous (**Figure 1**), tient compte de trois variables : les prédicteurs, les médiateurs et les effets à court et long termes.

Figure 1 - Schématisation du modèle de stress par Lazarus et Folkman (1984)



#### 1.1.1.1.2 Psychologie du stress

Pour Chidiac et Crocq (2010), le stress se déclenche et se déroule sans intervention de la volonté, même si le sujet est conscient de la menace ou de l'agression et conscient ensuite de sa propre réaction et des modifications physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. Si le stress est trop intense, dure trop ou se répète à des intervalles trop courts, il se mue en réaction de stress dépassé, inadaptative. Chidiac et Crocq évoquent quatre sortes de stress dépassé : l'inhibition stuporeuse, l'agitation désordonnée, la fuite panique et l'action automatique.

La notion de stress ainsi évoquée est à différencier du traumatisme.

#### 1.1.1.2 Traumatisme

Le mot traumatisme vient du grec « trauma » qui signifie blessure. Selon Crocq (2007), en médecine, il définit la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, le mot devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la

transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives ». Le trauma est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq).

Selon Chidiac et Crocq (2010), le stress et le trauma relèvent de deux registres différents : bio-neuro-physiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. Pour le stress, il s'agit de mobilisation de ressources énergétiques alors que le trauma a trait à l'effraction des défenses psychiques, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. Le stress décrit les orages neurovégétatifs tandis que pour le trauma, il s'agit de la clinique de l'effroi. D'une façon générale, les individus qui réagissent à un événement menaçant par un stress adapté, ne le vivent pas comme un stress alors que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développent une pathologie psychotraumatique.

#### *1.1.1.2.1 Modalités des traumatismes et contexte socioculturel*

##### **1.1.1.2.1.1 Traumatisme selon l'âge**

Les traumatismes peuvent survenir à toutes les étapes de la vie : enfance, adolescence et âge adulte. Le traumatisme chez l'adulte est lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort, à des blessures graves ou en péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou à risque de telles agressions. Il s'agit donc d'un événement qui constitue une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour l'intégrité physique (lésion corporelle, violation d'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur, ou aux droits fondamentaux, etc.) d'une personne ou d'un groupe de personnes (Josse, 2011, p. 18).

Quant aux enfants, surtout ceux à bas âge, qui sont toujours en croissance et manquent de maturité et d'expérience, certains n'ont pas conscience de la particularité de la mort ni des événements qui bouleversent leur vie et/ou celle de l'entourage.

## **Spécificités des traumatismes de l'enfance et l'adolescence**

Selon l'âge des victimes avant la survenue des événements traumatiques, des différences ont été observées. Terr (1991) définit les traumatismes de l'enfance comme le résultat mental d'un choc soudain, externe ou d'une série de chocs, rendant le jeune temporairement impuissant et brisant ses capacités ordinaires d'adaptation et de défense.

Par exemple, en situation de guerre, chez les réfugiés, les enfants de moins de 5 ans ne percevront pas la situation traumatique de la même façon que les adultes. Pour ces derniers, le vécu et la réaction face à l'événement traumatique sont ceux habituellement évoqués. Il nous incombe de mentionner les éventuelles différences des traumatismes que vont vivre les personnes qui sont en maturation et qui ne sont pas encore adultes. Josse (2011) a classé ces spécificités selon l'évolution avec l'âge. Elle a distingué : les traumatismes du premier âge (avant 3 ans), les traumatismes des enfants de 3 à 6 ans, les traumatismes des enfants de 6 à 12 ans et les traumatismes des adolescents.

### **Les traumatismes du premier âge : avant 3 ans**

D'une façon générale, avant 3 ans, les enfants ne peuvent pas percevoir objectivement et efficacement la gravité d'un événement traumatique. Ils sont donc tributaires des réactions des personnes qui les ont en charge et qui doivent s'occuper de leurs besoins tant physiques que psychologiques. Ainsi, lorsque ces personnes qui sont censées mieux s'occuper de l'enfant n'arrivent pas à le faire, quelle que soit la raison, cela peut avoir un retentissement négatif dans le développement psychoaffectif harmonieux de l'enfant. Josse (2011) considère qu'en dessous de 3 ans, les enfants ne sont pas en mesure de percevoir la menace vitale ou la gravité d'un événement, raison pour laquelle ils sont très sensibles au vécu subjectif de leur entourage et sont fortement très influencés par sa réaction aux événements adverses. Ce qui fonde leur souffrance, ce sont principalement les douleurs physiques (maltraitances physiques et sexuelles, atteintes corporelles suite à un accident, etc.), les séparations brutales (hospitalisation ou décès d'un parent, rapt parental, etc.) ainsi que l'inaptitude psychique d'une figure d'attachement à répondre à leurs besoins (négligence grave, parents alcooliques, toxicomanes, souffrant d'un syndrome psychotraumatique ou d'une psychose, endeuillés, etc.). Compte tenu de l'immaturation de l'enfant à bas âge, différents troubles tant à la phase

aiguë qu'à la phase à long terme vont être développés par l'enfant en réaction aux situations potentiellement traumatiques.

A la phase aiguë, l'enfant peut développer des troubles anxieux (pleurs, angoisse, s'agrippe aux figures d'attachement, etc.), des troubles dépressifs (pleurs monotones et continues, manifestation de désespoir, apathie, retrait, dépression anaclitique ou syndrome d'hospitalisme, etc.), des retards de développement, des comportements régressifs et des difficultés d'apprentissage, des troubles de comportement (comportements auto-agressifs, comportements hétéro-agressifs, instabilité motrice, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires, etc.), les troubles somatoformes (regain de symptômes de maladies psychosomatiques préexistantes telles que l'asthme, coliques, colites, eczéma, etc.).

### **Les traumatismes des enfants entre 3 et 6 ans**

Des symptômes pathognomoniques du traumatisme (mnésies intrusives, évitements, hyperactivation neurovégétative peuvent se retrouver chez les enfants de cet âge. Des signes de dépression (tristesse, inhibition, perte d'intérêt, sentiments de culpabilité), des troubles anxieux (crise d'angoisse, agitation désordonnée, surveillance inquiète de l'environnement, attachement anxieux), des comportements agressifs tournés contre eux-mêmes et contre autrui, des troubles de sommeil, des désordres alimentaires et des troubles somatoformes sont également spécifiques aux réactions face aux traumatismes des enfants de 3 à 6 ans.

### **Les traumatismes des enfants de 6 à 12 ans**

Avec l'âge, la façon dont les enfants réagissent aux événements s'élargit. Ainsi, ils peuvent exprimer des idées de vengeance et de culpabilité, présenter de l'irritabilité, de la colère, de l'agressivité et des comportements provocateurs ainsi que des troubles dépressifs. Ces enfants peuvent avoir des difficultés d'apprentissage et des troubles scolaires à l'école.

### **Les traumatismes à l'adolescence**

Pour Josse (2011), les indices les plus évocateurs d'une souffrance sont les comportements asociaux et délinquants, les actes d'autodestruction (scarifications, automutilations, idées ou

passage à l'acte suicidaire, conduites ordaliques, les addictions (alcoolisme, toxicomanie), les troubles de l'humeur (dépression) et les désordres des conduites alimentaires (boulimie, anorexie).

Ces différentes réactions face aux traumatismes peuvent perdurer, voire s'amplifier avec le temps, tout le long de la vie.

#### **1.1.1.2.1.2 Traumatismes liés à la maltraitance des enfants**

Une attention particulière va être portée sur les maltraitances ou violences qui ont été évoquées dans plusieurs études. Les maltraitances peuvent se regrouper en cinq grandes catégories : les abus émotionnels, les abus physiques, les abus sexuels, les négligences émotionnelles et les négligences physiques.

#### **L'abus émotionnel ou psychologique**

Il s'agit des comportements humiliants, abaissants ou menaçants dirigés vers l'enfant par une personne plus âgée, ou toute attaque verbale concernant la valeur de l'enfant en tant que personne ou son sentiment de bien-être.

Exemple : les membres de famille traitent l'enfant de « stupide », « paresseux(se) » ou « laid(e) ».

#### **L'abus physique**

C'est l'ensemble des attaques physiques dirigées par une personne plus âgée vers l'enfant. Ces attaques peuvent entraîner des blessures ou un risque de blessure chez l'enfant.

Exemple : le fait de battre l'enfant avec une ceinture, un bâton, une corde ou tout autre objet dur, toute sorte de sévices corporels.

## **L'abus sexuel**

Ce type d'abus a trait aux contacts ou comportements de nature sexuelle entre un enfant et une personne plus âgée. Nous retiendrons que le fait de contraindre explicitement l'enfant est un élément fréquent mais non essentiel de ce type d'abus.

Exemple : le fait d'obliger l'enfant à poser des actes sexuels ou de lui faire voir des choses sexuelles.

## **La négligence émotionnelle**

Elle regroupe les situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant, ne répondent pas de façon convenable à ses besoins psychologiques et affectifs de base tels que l'amour, l'encouragement, le sentiment d'appartenance et le soutien.

Exemple : l'enfant ne se sentait pas aimé(e), il manque d'amour ou se sent abandonner.

## **La négligence physique**

Elle se réfère à toute situation où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins physiques, incluant le fait de nourrir, d'abriter, de superviser et de veiller à la santé et à la sécurité de l'enfant.

Exemple : l'enfant a manqué de nourriture ou ne bénéficiait pas de soins médicaux en cas de maladie.

Ces différentes sortes de traumatismes peuvent se retrouver dans tous les continents et pays. Cependant, il peut avoir certaines spécificités de traumas de l'enfance qui pourraient être liées à certains modes de vie, aux modèles éducatifs, ou au contexte socioculturel en général. C'est ainsi qu'en Afrique Subsaharienne, il existerait des spécificités de traumas de l'enfance.

### 1.1.1.2.1.3 Spécificités de certains traumatismes de l'enfance en Afrique Subsaharienne

S'il est vrai que les traumatismes de l'enfance sont des faits qui se retrouvent dans tous les milieux culturels, il est à noter que les types de traumatismes peuvent varier d'une culture à l'autre. En effet, le mode de vie, certaines considérations socioculturelles peuvent intervenir dans la façon dont un événement est vécu et dans son interprétation. Par exemple, une situation jugée traumatisante en Occident peut ne pas l'être en Afrique Subsaharienne.

Certaines pratiques religieuses ou ancestrales, spécifiques en Afrique peuvent être traumatiques chez des enfants africains. Il s'agit par exemple des excisions des filles dans certains milieux, des scarifications lors de certaines cérémonies rituelles.

Njenga (2007) dans une revue considère que les femmes africaines et les enfants vivent des traumatismes spécifiques en prenant l'exemple du Kenya. Dans ce travail, l'auteur considère que la mondialisation, le changement du modèle d'éducation (occidental au détriment du traditionnel), le changement de systèmes de mariage traditionnel par la monogamie occidentale, les guerres d'indépendance, les guerres civiles, le fait que beaucoup d'enfants se retrouvent sans repère familial avec la pandémie du SIDA suite à la mort de leurs parents, etc. constituent autant de traumatismes auxquels les femmes africaines et les enfants d'Afrique font face.

Yeomans, Herbert et Forman (2008) ont trouvé que la détresse se manifestait plus par la somatisation, l'anxiété et la dépression et moins par les symptômes du trouble de stress post-traumatique chez les burundais ayant connu des événements traumatiques. Les plaintes matérielles étaient exprimées par 85,9% de l'échantillon dans cette étude qui a eu lieu au Burundi.

Des traumatismes spécifiques suite aux accusations de sorcellerie de l'enfant ont été évoqués au Ghana. Les enfants accusés de sorcellerie étaient sujets à plusieurs formes d'abus physique, psychologique et de trauma (Adinkrah, 2011). Plusieurs formes de négligence, d'abus et de torture sont exercées sur ces enfants accusés : certains sont privés de nourriture et autres provisions, sont confinés et isolés des contacts avec les autres, dans des donjons ou cachettes, détenus dans le local des fétiches, rejet social, stigmatisation aussi bien dans la communauté qu'à l'école, huées, etc. L'impact des accusations de sorcellerie et d'abus sur la santé psychologique, émotionnelle et physique des enfants accusés de sorcellerie est

incalculable et sans doute grand. Ces enfants sont souvent accusés par leurs proches, en cas de maladie ou de mort brutale dans la famille, en cas d'échec professionnel ou de difficultés financières. Ces accusations d'enfants de sorcellerie se déroulent souvent dans des milieux pauvres et dans les campagnes (Adinkrah, 2011).

Notons tout de même que ces spécificités évoquées sont rares et sont très peu rapportées.

Les traumatismes, quels qu'ils soient, se répercutent sur la santé mentale des sujets qui en sont victimes. Même s'ils ont lieu dans l'enfance, certains sujets victimes peuvent en garder des séquelles jusqu'à l'âge adulte.

Le DSM tient compte à la fois des enfants, des adolescents et des adultes dans les critères de définition du traumatisme. On parle d'état de stress post-traumatique qui fait partie de l'ensemble des troubles anxieux.

#### 1.1.1.2.1.4 Etat de stress post-traumatique

Selon le DSM-IV, avant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique, des critères précis doivent être remplis. Ces critères sont les suivants :

A) Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- 1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- 2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

N.B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations

B) L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- 1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

N.B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme

- 2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable

- 3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

N.B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir

- 4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
- 5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- 1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- 2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- 3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- 4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- 5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- 6) restriction des affects (par exemple, incapacité à éprouver des sentiments tendres)

- 7) sentiment d'avenir « bouché » (par exemple, pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D) Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- 2) irritabilité ou accès de colère
- 3) difficultés de concentration
- 4) hypervigilance
- 5) réaction de sursaut exagérée

E) La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

*Spécifier si :*

Aigu : la durée des symptômes est de moins de trois mois

Chronique : la durée des symptômes est de trois mois ou plus

*Spécifier si :*

Survenue différée : le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Selon Sudres, Moron et Rogé (2003), le stress post-traumatique de l'enfant est moins spectaculaire que chez l'adulte et présente des spécificités qu'ils ont examinées sur le versant de la vie psychique. En se basant sur le cas clinique d'une enfant de 7 ans et demi, victime de tremblement de terre, ces auteurs ont mis l'accent sur la nécessité de recourir aux démarches de thérapies médiatisées et de développer une véritable culture d'accompagnement du deuil dans les situations de catastrophe.

Dans l'ensemble, les événements traumatisants présentent des paramètres dont les principaux seront passés en revue.

#### *1.1.1.2.2 Paramètres des événements stressants ou traumatisants*

Selon Josse (2007), les événements traumatiques peuvent être individuels ou collectifs, intentionnels ou accidentels, d'origine naturelle ou humaine, etc.

Les traumatismes individuels peuvent se définir par le fait que l'événement est vécu par le sujet seul, contrairement aux traumatismes collectifs qui sont vécus en groupe ou par plusieurs individus.

Quelques exemples d'événements traumatisants individuels :

- Les agressions physiques : la violence intrafamiliale, la torture, les vols, les hold-up, le car ou home-jacking, etc.
- Les accidents : de la voie publique (en voiture, à moto, à vélo ou à pieds), les incidents, les accidents au travail, domestiques, etc.
- Les agressions morales : le fait d'obliger quelqu'un à violer des valeurs de sa communauté et des tabous, les menaces concernant la personne ou ses proches, etc.
- Les agressions physiques et morales : les abus sexuels, la torture, etc.

Quelques exemples de traumatismes collectifs

- Les agressions physiques : les prises d'otages, les hold-up, les faits de guerre, etc.
- Les accidents : les explosions accidentelles (AZF en septembre 2001 à Toulouse), les incendies, les accidents nucléaires (Fukushima en 2011 au Japon), ferroviaires, etc.
- Les agressions morales : les humiliations, les menaces et les intimidations de certains dirigeants d'une communauté en l'encontre d'une minorité, d'une ethnie ou d'une communauté religieuse, etc.
- Les agressions physiques et morales : les camps de concentration et d'extermination, les génocides, les tortures collectives, etc.

Selon leur origine, on peut distinguer des traumatismes d'origine naturelle ou humaine. Pour les traumatismes d'origine naturelle, l'agent stressant et traumatisant est naturel tel que les

catastrophes et épidémies. Il peut s'agir des tremblements de terre (séisme de janvier 2010 en Haïti, tsunami de décembre 2004 en Asie, etc.), des inondations, des ouragans, des incendies de forêts, des éruptions volcaniques, etc. Contrairement aux traumatismes d'origine naturelle, les traumatismes d'origine humaine sont causés intentionnellement ou accidentellement. Il peut s'agir des diverses formes de maltraitements intra ou extrafamiliales, des guerres, d'abus sexuels, d'accidents divers, etc. (Josse, 2007).

#### *1.1.1.2.3 Classifications des traumatismes*

La première catégorisation des traumatismes a été faite par Lenore Terr (1991) qui en distingue deux sortes. Il s'agit des traumatismes de type I et des traumatismes de type II. D'autres classifications ont suivi celle de Terr.

##### Traumatisme de type I

Selon Terr, le traumatisme de type I est un événement traumatique unique qui présente un commencement net et une fin clairs. Il est induit par un agent stressant aigu, non abusif (agression, incendie, catastrophe, etc.). Pour Daligand (2009), des troubles tels que la reviviscence, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative apparaissent souvent rapidement après le traumatisme de type I. Un traumatisme de type I peut toutefois être stressant voire traumatisant et avoir des séquelles à long terme sur le sujet qui en est victime.

##### Traumatisme de type II

Le traumatisme de type II est défini par la répétition du traumatisme, sa présence constante ou sa menace de se reproduire à tout moment durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif. Les abus sexuels, la violence politique, les faits de guerre, les maltraitements intrafamiliales, etc. sont quelques exemples de traumatismes de type II. Des troubles tels que l'émoussement affectif, la dépression, les plaintes somatiques, etc. peuvent être associés au trauma de type II.

En général, à l'origine, tout traumatisme est de type I et c'est avec le temps que le traumatisme de type II s'installe. Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne (Josse, 2007).

### Traumatismes de type III

Solomon et Heide (1999) parlent de traumatismes de type III pour désigner des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période. Un agent stressant chronique ou abusif est à l'origine de ces traumatismes.

Exemples : les abus sexuels intrafamiliaux, l'exploitation sexuelle forcée, les camps de concentration, les camps de prisonniers de guerre, etc.

### **Autres classifications de types de traumatismes**

Josse (2011) a répertorié les traumatismes simples ou complexes d'une part, et les traumatismes directs ou indirects d'autre part.

#### Traumatismes simples ou complexes

##### *Traumatismes simples*

Ils peuvent être considérés comme des traumatismes de type I selon la définition de Terr.

##### *Traumatismes complexes*

Judith Lewis Herman (1997), Professeur à la Harvard Medical School a distingué les traumatismes complexes des traumatismes simples. Pour elle, les traumatismes complexes résultent d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type III définis

par Solomon et Heide (Josse, 2007). Pour Ford et Courtois (2009), les traumatismes complexes peuvent se comprendre par l'incapacité du sujet à s'autoréguler, à s'organiser, ou à puiser de ses relations pour recouvrer l'intégrité de soi.

Exemples de traumatismes complexes : les violences et maltraitances familiales constantes, les agressions sexuelles durant l'enfance, les camps de concentration, les groupes d'enfants victimes de la traite des êtres humains, etc.

## Les traumatismes directs et indirects

### *Traumatismes directs*

L'expression de traumatisme direct est utilisée lorsque la victime est confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur en étant sujet, acteur ou témoin de l'événement traumatique (voir la définition d'état de stress post-traumatique selon le DSM-IV).

### *Traumatismes indirects*

Ils sont encore appelés traumatismes secondaires, traumatismes par ricochet, traumatismes vicariants ou traumatismes vicariants. Ils sont caractérisés par le fait que les sujets (enfants ou adultes) n'ayant pas subi de traumatismes directs présentent des symptômes d'état de stress post-traumatique consécutifs aux contacts qu'ils entretiennent avec les personnes traumatisées.

Exemples : les familles et amis recueillant les personnes affectées par un traumatisme grave (c'est l'exemple de l'étude de Charlotte Allenou et al. (2010) où les mères des enfants victimes d'accidents de la voie publique présentaient des symptômes significatifs de TSPT de 18,8%, 11,7% et 5,6% à 5 semaines, 6 mois et 1 an respectivement après l'accident des enfants).

Il s'agit d'une transmission du traumatisme. Ce faisant, les enfants, peuvent être contaminés par le vécu de leur entourage. Certains auteurs ont examiné la transmission intergénérationnelle des traumatismes. Ainsi, des signes des manifestations des camps de

concentration ont été observés chez les individus et familles de deuxième génération (Barocas et Barocas, 1973 ; Baranowsky, Young, Johnson-Douglas, Williams-Keeler et McCarrey, 1998). Pour Solomon, Kotler et Mikulincer (1988), ils manifestaient fréquemment des troubles dépressifs et anxieux (vulnérabilité dans les situations de stress, réactions de panique, terreurs, peurs injustifiées pour eux-mêmes et leurs proches dont la peur d'être persécuté ou de mourir, phobies, impression de menace de mort imminente, sentiments d'insécurité, angoisse de séparation). Ils démontraient une susceptibilité plus grande à développer un syndrome psychotraumatique en cas d'incident critique.

La transmission intergénérationnelle de l'abus sexuel a été également examinée par Collin-Vézina et Cyr (2003). Faisant le point sur le cycle de la transmission intergénérationnelle de l'agression sexuelle, Collin-Vézina et Cyr ont trouvé qu'un tiers des hommes agresseurs et la moitié des mères d'enfants agressés sexuellement rapportent une expérience d'agression sexuelle vécue durant leur enfance. Bien qu'aucun lien causal n'ait pu être établi dans cette étude, les auteurs ont évoqué des mécanismes qui pourraient comprendre ce phénomène. Il s'agit de : la sévérité de l'agression sexuelle vécue, les liens d'attachement créés avec les ayants-soin, et les symptômes de dissociation découlant de l'agression. D'autres chercheurs ont examiné les antécédents de violence sexuelle des mères d'enfants victimes de violence sexuelle. Des prévalences élevées d'abus sexuel ont été trouvées chez ces mères en comparaison aux mères d'enfants qui n'ont pas été agressés sexuellement. Des prévalences de 50% (Cyr, McDuff et Wright, 1999) et de 65% (Hiebert-Murphy, 1998) d'antécédents d'agressions sexuelles chez des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle ont même été retrouvées. Haesevoets (2008) soutenait que les maltraitements psychologiques ou les abus émotionnels peuvent être transmis d'une génération à une autre. Parmi ces victimes d'abus émotionnel durant l'enfance, certaines se transforment en adultes irascibles, hostiles et agressifs. Rongés par la rage et la haine, ces adultes perturbés transmettent à leurs propres enfants cette violence psychologique qu'ils ont subie de leurs parents. La maltraitance psychologique se transmet ainsi d'une génération à l'autre.

Pour résumer, plusieurs situations peuvent entraîner des traumatismes chez l'enfant. Il s'agit de : événements accidentels (accidents de la voie publique, accidents ferroviaires, incendies, etc.), catastrophes naturelles (séismes, inondations, tsunamis, etc.), actes intentionnels :

violences familiales ou domestiques (maltraitances), cambriolages, actes terroristes, faits de guerre, etc.

Parmi les multiples situations pouvant entraîner des traumatismes chez les enfants, nous retiendrons essentiellement les événements potentiellement traumatiques qui découlent de la maltraitance des enfants. Dans notre travail, l'expression **traumatismes de l'enfance** renvoie aux « **maltraitances, aux différentes sortes d'abus et de négligence** » de l'enfance.

#### *1.1.1.2.4 Épidémiologie des traumatismes de l'enfance*

Des études de prévalence des traumatismes de l'enfance ont été réalisées tant dans la population générale que sur des échantillons cliniques spécifiques, en l'occurrence auprès des patients ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur. Des prévalences d'abus d'enfance pouvant aller à 41% (Slopen et al., 2010) voire 76,7% (Dassa et al., 2005) dans la population générale ont été rapportées. Kong et Bernstein (2009) ont trouvé que 90,4% des patients ayant des troubles alimentaires avaient au moins un type de traumatismes de l'enfance.

En Afrique du Sud, des taux très élevés d'expositions traumatiques pouvant aller à 82% voire 100% ont été rapportés (Ensink, Robertson, Zissis et Leger, 1997 ; Fincham, Altes, Stein et Seedat, 2009 ; Seedat, van Nood, Vythilingum, Stein et Kaminer, 2000 ; Seedat et al., 2004 ; Ward, Flisher, Zissis, Muller et Lombard, 2001). Certaines études se sont intéressées à la différence des prévalences des traumatismes de l'enfance en fonction du sexe. C'est le cas de Scher, Forde, McQuaid et Stein (2004) qui ont évoqué des prévalences de maltraitances de l'enfance variant de 30% chez les femmes à plus de 40% chez les hommes. En considérant les cinq types d'abus d'enfance (abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique), des différences de prévalences ont été rapportées.

#### **Abus émotionnel**

Paquette, Laporte, Bigras et Zoccolillo (2004) ont trouvé des fréquences de 11,8% chez les femmes et 8% chez les hommes dans une population générale au Canada. La prévalence

d'abus émotionnel d'enfance rapportée par les adultes est de 12,1% (Scher et al., 2004) et de 24% (Melchert et Parker, 1997).

Dans une étude rétrospective de cohorte, Chapman et al. (2004) ont trouvé une prévalence de 10,9% tandis qu'une prévalence de 43,7% (Sansone, Sansone et Wiederman, 1995) avait été trouvée dans une précédente recherche. Une prévalence de 65,8% a été trouvée par Kong et Bernstein (2008) en Corée du Sud contre 50% (Haller et Miles, 2004) dans une population de femmes dépendantes aux drogues aux Etats-Unis.

Paquette, Zoccolillo et Bigras (2007) ont trouvé une fréquence d'abus émotionnel de 20,8% dans une population clinique de mères adolescentes et cette fréquence est de 10,7% pour celles qui souffrent de la dépression. Bernet et Stein (1999) ont trouvé que 75% des patients avec un diagnostic de dépression, avaient au moins un traumatisme de l'enfance. Des différences de prévalences ont été mentionnées en fonction du sexe, même pour l'abus émotionnel. Ainsi, chez les patients souffrant de dépression, des prévalences de 21,6% (Anda et al., 2002) ; 22,9% (Tucci, Kerr-Corrêa et Souza-Formigoni, 2010) ; 49% (Bernet et Stein, 1999) ont été retrouvées chez les hommes. Chez les femmes avec un diagnostic de dépression, des taux de 26% (Harkness et Wilder, 2002) ; 30,3% (Harkness et Monroe, 2002) ; 43,4% (Twomey, Kaslow et Croft, 2000) ; 57,1% (Tucci et al., 2010) ont été rapportés.

### **Abus physique**

Des prévalences de 4,9% (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore et Runyan, 1998), 18% (Melchert et Parker, 1997), 18,9 (Scher et al., 2004), 30,1% (Chapman et al., 2004), 36,4% (Sansone et al., 1995) aux Etats-Unis et de 31,5% (Hobbs, Hobbs et Wynne, 1999) en Angleterre ont été retrouvées dans la population générale. Briere et Elliot (2003) ont rapporté des fréquences de 22,2% d'abus physique chez les hommes contre 19,5% chez les femmes dans la population générale aux Etats-Unis. Les études effectuées aux Etats-Unis auprès des populations universitaires et des populations cliniques ont obtenu des prévalences d'abus physique variant entre 15% et 28% chez les femmes et de 7% chez les hommes (Gould et al., 1994). En Chine (Taiwan), Yen et al. (2008) ont rapporté une prévalence de 22,2% d'abus physique parmi les adolescents vivant en Taiwan rural. En Afrique Subsaharienne, des fréquences de 61% (Biyong, 1990), de 80% (Matchinda, 1999), de 92% (Mbaye, 1990) voire de 100% (Dassa et al., 2005) dans la population générale ont été rapportées.

Paquette et al. (2007) ont rapporté des fréquences de 37,7% pour la population clinique des mères adolescentes en général et de 10,7% pour celles souffrant de la dépression en particulier. Kong et Bernstein (2009) ont trouvé une fréquence de 53,4% chez des patients ayant des troubles alimentaires en Corée du Sud. Chez les patients souffrant de dépression, d'autres études ont trouvé des taux variant entre 19% et 67,1% (Anda et al., 2002 ; Bernet et Stein, 1999 ; Harkness et Monroe, 2002 ; Harkness et Wilder, 2002 ; Hayden et Klein, 2001 ; Tucci et al., 2010).

### **Abus sexuel**

Les études sur l'abus sexuel d'enfance rapporté par les adultes ont mis en évidence des prévalences variant de 2 à 62% chez les femmes et de 3 à 16% chez les hommes (Scher et al., 2004 ; MacMillan et al., 1997). Cependant Finkelhor (1994a) dans une revue de littérature sur les études rétrospectives réalisées sur des populations cliniques dans différents pays a trouvé que la prévalence de l'abus sexuel est de 20% chez les femmes et de 5 à 10% chez les hommes aux États-Unis d'Amérique. Dans une autre revue des travaux sur la prévalence de l'abus sexuel dans des échantillons non-cliniques et concernant 19 pays en plus des États-Unis et du Canada, Finkelhor (1994b) a trouvé des fréquences allant de 7% à 36% chez les femmes et de 3% à 29% chez les hommes.

Des prévalences allant de 2,3% (Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker et Gammerman, 2003) à 70% (Miller, Wilsnack et Cunradi, 2000 ; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 1990) ont été retrouvées. Des taux de 18% (Lin, Li, Fan et Fang, 2011) et de 20% (Chapman et al., 2004) ont été rapportés.

Gorey et Leslie (1997) ont trouvé des fréquences de 22,3% et 8,5% respectivement chez les femmes et chez les hommes tandis que ces fréquences sont de 24,4% pour les femmes et 14,9% pour les hommes (Champan et al., 2004), de 14,2% pour les femmes et 21,5% pour les hommes en Chine (Lin et al., 2011). Cette prévalence chez les femmes issues de la population représentative communautaire est estimée de 11% à 32% (Gustafson et Sarwer, 2004 ; Leserman, 2005 ; Sapp et Vandeven, 2005). Holmes et Slap (1998) ont estimé des taux d'abus sexuel chez les garçons variant de 4% à 76%. Pour Finkelhor (1994a), les taux d'abus sexuel dans la population générale varient de 8% à 32% chez les femmes alors que ce taux est de 1%

à 16% chez les hommes. Briere et Elliot (2003) ont trouvé des fréquences de 14,2% chez les hommes contre 32,3% chez les femmes.

McCran, Lalor et Kataro (2006) ont trouvé une prévalence de 27,7% d'abus sexuel rapporté par les étudiants tanzaniens. Dans cette étude, McCran et al. ont trouvé que ce taux est de 31% chez les femmes contre 25% chez les hommes tandis que Moore et al. (2010) rapportaient des prévalences de 17% chez les filles contre 7% chez les garçons. Au Swaziland, Reza et al. (2009) ont trouvé des taux de 33,2% de violence sexuelle d'enfance auprès des jeunes filles. En Afrique du Sud, des prévalences de 23% (Madu, 2001), de 34% (Collings, 1997 ; Levett, 1989) et de 53,2% (Madu et Peltzer, 2000) auprès des femmes ont été rapportées contre des taux de 21% (Madu, 2001), 28% (Collings, 1991) jusqu'à 56% (Madu et Peltzer, 2000) chez les hommes. Dans une autre recherche en Afrique du Sud, Carey, Walker, Roussow, Seedat et Stein (2008) ont trouvé des fréquences d'abus sexuel de 42,56% chez les femmes contre 10,63% chez les hommes. Parmi les enfants soldats, les prévalences de l'agression sexuelle sont de 44% chez les filles et de 7% chez les garçons au Libéria (Betancourt, Agnew-Blais, Gilman, Williams et Ellis, 2010), de 57% vs. 22% chez les filles et les garçons respectivement en République démocratique du Congo (Bayer, Klasen et Adam, 2007).

En général, la fréquence d'abus sexuel est plus élevée dans la population clinique que dans la population générale et chez les femmes que chez les hommes. Paquette et al. (2004) ont trouvé que presque 20% des femmes ont subi de l'abus sexuel au cours de leur développement comparativement à 8% des hommes, dans la population générale. Chez les patientes ayant un épisode dépressif majeur, la littérature rapporte des fréquences allant de 20 à 67,9% (Tucci et al., 2010).

### **Négligence émotionnelle**

Au Canada, Paquette et al. (2004) ont trouvé une prévalence de 30% dans la population générale de 14 à 44 ans alors que Scher et al. (2004) en ont trouvé à 5,1% dans un échantillon communautaire aux Etats-Unis.

Les fréquences de la négligence émotionnelle dans les travaux antérieurs vont de 4,4% dans une étude multicentrique (Kessler et al., 2010) à 46,6% (Kong et Bernstein, 2009). Dans une cohorte d'étude prospective longitudinale, Widom, DuMont et Czaja (2007) ont trouvé une

prévalence de 25,3% de tout type de négligence chez des patients souffrant d'épisode dépressif majeur. Des prévalences de 43,4% pour la population clinique en général et de 25% pour les jeunes adolescentes déprimées, ont été retrouvées par Paquette et al. (2007). Hovens et al. (2010) ont trouvé des fréquences de 38,3% aux Pays-Bas alors que Moskvina et al. (2007) ont trouvé un taux de 39,2% en Grande-Bretagne auprès des patients déprimés. Des taux de 65,7% ont été retrouvés chez des hommes souffrant de dépression (Tucci et al., 2010) et 66% chez les femmes (Twomey et al., 2000). Moskvina et al. ont trouvé des fréquences de 42,7% vs. 37,9% en faveur des hommes.

### **Négligence physique**

Paquette et al. (2004) ont trouvé une prévalence de 3% et rapportaient que c'est la forme de maltraitance la moins fréquente dans leur échantillon. Scher et al. (2004) ont trouvé une prévalence de 17,9% dans un échantillon communautaire général, soit 22,1% chez les hommes et 14,2% chez les femmes.

Sansone et al. (1995) ont trouvé une prévalence de 9,3% dans un échantillon de patients consultant pour des soins primaires. En Corée du Sud, Kong et Bernstein (2009) ont trouvé une prévalence de 74% parmi les patients suivis pour des troubles alimentaires. Paquette et al. (2007) ont trouvé au Canada des prévalences de 17% dans un échantillon clinique de mères adolescentes et de 7,1% pour les déprimées de cette population. Glaser (2005) rapportait que la négligence physique représente 40% des enregistrements dans les services de protection des enfants en Grande-Bretagne. Dans une population de déprimés, Moskvina et al. (2007) ont trouvé une fréquence de 60,8% dans l'ensemble de l'échantillon. Cette fréquence est de 65,2% chez les hommes et 59,1% chez les femmes. Tucci et al. (2010) ont évoqués des fréquences pouvant aller à 60%.

Une méta-analyse faite par Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg et Van IJzendoorn (2012) rapportent des prévalences de 18,4% pour la négligence émotionnelle et de 16,3% pour la négligence physique. Stoltenborgh et al. ont trouvé que le nombre des recherches consacrées aux négligences d'enfance est peu nombreux en comparaison au nombre de travaux portant sur les abus. Par exemple, Stoltenborgh et al. (2012) ont répertorié 16 études avec 59 655 participants pour la négligence émotionnelle, 13 études avec 59 406 participants pour la

négligence physique, contre plus de 200 publications avec plus 400 000 participants pour l'abus sexuel (Stoltenborgh, Van IJzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011).

Les prévalences des types d'abus et de négligence varient selon les études. Ces différences peuvent s'expliquer par les méthodes et les instruments utilisés pour l'évaluation de ces maltraitances. Les prévalences sont en général plus élevées dans la population clinique dépressive que dans la population générale. Aussi, il est à noter que la plupart des études sur les traumatismes de l'enfance se sont réalisées en Occident et dans les pays développés. Spécifiquement, il y a un manque de travail en Afrique Subsaharienne francophone ayant trait aux traumatismes de l'enfance.

Plusieurs théories ont été développées pour comprendre le mécanisme de survenue des traumatismes.

#### *1.1.1.2.5 Modèles théoriques des traumatismes*

Plusieurs modèles ou approches théoriques expliquent la survenue du traumatisme et son incidence sur la vie. Nous passerons en revue les principaux modèles suivants : le modèle neurobiologique, le modèle cognitivo-comportementaliste, le modèle psychodynamique et le modèle culturel ou ethnopsychiatrique.

##### **1.1.1.2.5.1 Modèle neurobiologique des traumatismes**

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la survenue de l'état de stress post-traumatique. Vaiva et Ducrocq (2006) évoquent deux approches (complémentaires) pour expliquer les désordres biologiques observés dans l'état de stress post-traumatique. Il s'agit des dérèglements consécutifs au traumatisme et des anomalies biologiques antérieures au traumatisme.

#### *Dérèglements biologiques consécutifs au trauma*

Dans la psychobiologie de l'état de stress post-traumatique, le modèle de la peur conditionnée a été proposé. Dans ce modèle, trois structures cérébrales sont impliquées et jouent un rôle

majeur. Il s'agit de l'amygdale, de l'hippocampe et du cortex préfrontal médian qui inclut le cortex cingulaire antérieur. Pour Vaiva et Ducrocq (2006), l'amygdale dont dépend la mémoire affective et qui régit des productions émotionnelles, joue un rôle fondamental. On oppose parfois à cette mémoire *chaude* (implicite et non verbale) la mémoire *froide* (spatiale, explicite, déclarative) de l'hippocampe qui ne fonctionne qu'en situation de stress faible ou modéré. Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle retrouvent souvent une hyperactivité de l'amygdale lors des épreuves de provocation, alors que l'hippocampe, de plus petite taille, apparaît hypo-actif. Or, l'hippocampe joue un rôle sur l'extinction des réponses conditionnées grâce à sa capacité à replacer les indices reliés au trauma dans leur contexte. Le cortex préfrontal et le cortex cingulaire antérieur ont pour rôle d'éteindre l'amygdale.

#### *Anomalies biologiques antérieures au trauma*

A partir des données neurobiologiques, il s'est avéré que plusieurs systèmes ont été anormalement développés chez des patients souffrant d'état de stress post-traumatique. Ces troubles de développement seraient des vulnérabilités pour les personnes exposées au trauma. Ces troubles de développement seraient consécutifs au traumatisme de la petite enfance, affectant l'axe corticotrope. Vaiva et Ducrocq (2006) considèrent que l'hypersécrétion de catécholamines resterait un trait permanent chez les enfants qui ont souffert de maltraitance, trait encore présent à l'âge adulte. Cette hypersécrétion de catécholamines, associée à l'augmentation de CRH (*Corticotropin-releasing hormone*), favoriserait également le développement d'une appétence pour les drogues et l'alcool à l'âge adulte ; la dérégulation développementale des systèmes de stress conduirait à une production prédominante d'affects négatifs à l'adolescence, avec une tendance à s'auto-soigner par le biais des drogues. Des études suggèrent que la difficulté à réguler les affects négatifs est un facteur de risque pour l'état de stress post-traumatique, lequel serait lié au style d'attachement.

#### *Modèle neurocognitif*

Brunet, Sergerie et Corbo (2006) ont développé le modèle neurocognitif. Dans ce modèle, Brunet et al. partent du principe que les réactions psychopathologiques qui surviennent après l'exposition à une situation traumatique seraient normales et la pathologie ne serait que la conséquence de l'absence d'extinction de ces réactions. Ce modèle renvoie au modèle du

conditionnement de peur, au cours duquel l'exposition traumatique engendre un conditionnement aversif qui en l'absence de menace, doit diminuer pour s'éteindre plus tard. Le défaut d'extinction du conditionnement aversif (des symptômes) proviendrait d'un dysfonctionnement du cortex préfrontal médian (Brunet et al., 2006).

Dans le modèle neurocognitif, l'accent est mis sur le fait que l'amygdale et l'hippocampe sont impliquées dans la réponse à une situation de danger et dans la formation des souvenirs en lien avec ce danger (Davis, 1992 ; LeDoux, 2000). L'amygdale serait impliquée dans la mémoire émotionnelle tandis que l'hippocampe serait liée à la mémoire contextuelle (Brunet et al., 2006). Selon ce modèle théorique, au cours d'une situation traumatique, l'amygdale serait en hyperactivité alors que l'hippocampe dysfonctionnerait, ce qui conduirait à une surconsolidation du souvenir traumatique à composante émotionnelle, et à un encodage déficitaire des éléments contextuels de la situation. Selon Brunet et al. (2006) la détresse péritraumatique (émotions de peur intense, d'impuissance ou d'horreur) indexe le fonctionnement de l'amygdale et est à l'origine des symptômes aigus tandis que la dissociation péritraumatique (déréalisation, désorientation, confusion) indexe le dysfonctionnement de l'hippocampe et est à l'origine de la persistance des symptômes.

### *Traumatismes de l'enfance et neurobiologie*

Les études récentes ont démontré que les traumatismes de l'enfance s'associent au taux bas du cortisol mesuré à l'âge adulte (Brewer-Smyth, Burgess et Shults, 2004 ; Weissbecker, Floyd, Dedert, Salmon et Sephton, 2006). En examinant le lien entre les traumatismes de l'enfance et le taux de cortisol chez des patients ayant des diagnostics de troubles de la personnalité, Flory et al. (2009) ont trouvé que l'abus physique était associé au taux bas du cortisol alors que la négligence physique est liée au taux du cortisol élevé. Flory et al. (2009) ont également trouvé sur les 65 participants de leur étude que le taux de cortisol n'est pas associé au score de l'abus total d'enfance, à l'abus émotionnel, à l'abus sexuel et à la négligence émotionnelle.

#### **1.1.1.2.5.2 Modèle cognitivo-comportementaliste**

Plusieurs modèles théoriques cognitivo-comportementalistes ont été proposés pour expliquer l'état de stress post-traumatique. Selon l'approche cognitivo-comportementale, l'état de stress

post-traumatique résulte des conditionnements de peur ou de l'interprétation subjective et erronée de la situation menaçante réelle.

La plupart des théories comportementales se sont basées sur les mécanismes de l'apprentissage que sont le conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur) et le conditionnement opérant (apprentissage du comportement de fuite) qui sont repris par l'imitation (Mowrer, 1960). Pour Séguin-Sabouraud (2006), dans la situation de traumatisme, des stimuli ont été associés à l'événement selon le modèle de conditionnement classique (lieux, bruits, objets, etc.) et vont secondairement provoquer une réponse anxieuse semblable à celle ressentie pendant l'événement déclenchant. L'évitement de la peur et de l'angoisse est général, le sujet s'aperçoit très vite que l'anxiété diminue lorsqu'il fuit la situation qui réveille le souvenir de l'événement (conditionnement opérant). Bref, dans l'approche de Mowrer (1960), il y a un premier conditionnement (classique) au cours duquel des stimuli neutres au début acquièrent des propriétés aversives en déclenchant la peur, grâce à leur association avec le stimulus inconditionnel (le traumatisme), puis un deuxième conditionnement (opérant) dont l'objectif est l'évitement des réponses aversives. Les deux types de conditionnement s'associent et expliquent les symptômes de reviviscences et d'évitement.

Des auteurs considèrent que ce modèle ne suffit pas pour expliquer tous les aspects de l'état de stress post-traumatique. C'est ainsi que le modèle cognitif a été élaboré pour prendre en compte certaines spécificités telles que la dimension cognitive des traumatismes.

Le modèle cognitif des traumatismes s'inspire de la théorie développée par Beck (1976) à partir des pensées dysfonctionnelles qui seraient responsables de la survenue et du maintien de la dépression. Le modèle cognitif théorique proposé par Foa et Kozak (1986) tient compte à la fois des changements comportementaux et cognitifs dans l'explication de l'état de stress post-traumatique. Selon Foa et Kozak (1986), lorsqu'une personne expérimente un événement traumatique, une structure de peur s'établit dans la mémoire qui est constituée de trois éléments : les stimuli (vue, bruits, etc.), les réponses (physiques et émotionnelles au trauma) et les significations associées au stimulus et à la réponse. La structure de peur a pour rôle d'échapper au danger. Selon ce modèle de Foa et Kozak (1986), les signaux associés au traumatisme activent la structure de peur, provoquant des reviviscences et répétitions, amenant ainsi les sujets à éviter ces signaux dès qu'ils apparaissent.

Cette théorie insiste également sur l'importance de l'interprétation que le sujet donne à l'événement traumatique. En effet, il est habituel de voir que les individus cherchent à trouver

un sens à la situation aversive qu'ils ont vécue. Selon certains cognitivistes, la perception du contrôle de la situation traumatique et le style d'attribution ont un impact sur la symptomatologie de l'ESPT. Par exemple la victime exagère son degré de responsabilité, elle remet en question son comportement lors du trauma, elle n'accepte pas le fait d'avoir transgressé ses valeurs personnelles, elle adopte des postulats dysfonctionnels, etc. C'est ainsi que la reconstruction cognitive permettra au sujet de se rendre compte de son mode de pensées dysfonctionnelles liées à l'événement traumatique.

### *Modèle d'Ehlers et Clark*

Il s'agit d'un autre modèle cognitif, proche de celui de Foa. Ehlers et Clark (2000) proposent leur modèle qui met l'accent sur le mauvais traitement cognitif de l'événement traumatique et/ou de ses conséquences par les sujets dans le temps. En effet, Ehlers et Clark considèrent que les individus traitent les situations stressantes passées comme si elles se déroulaient au présent, d'où la persistance des symptômes d'état de stress post-traumatique. Deux processus expliqueraient cette situation.

Dans le premier processus, il s'agit de la mauvaise évaluation d'une situation traumatique réelle vécue et/ou de ses conséquences. Il existe en effet des différences individuelles dans la façon dont les individus confrontés à un traumatisme vont l'évaluer. Le mode de vie, l'éducation, etc. pourraient intervenir au point où des individus évaluent de façon incorrecte et inadaptée l'événement traumatique.

Dans le deuxième processus, il y a la nature du souvenir de l'événement et sa relation avec d'autres souvenirs autobiographiques. Ainsi une interprétation erronée du traumatisme (« on me suit partout », « je suis partout en danger », « les catastrophes me suivent ») et des réactions comportementales et émotionnelles post-traumatiques (« je ne sais plus qui je suis », « je suis devenu fou »), seraient à l'origine d'une surestimation de la menace vitale ressentie.

Au niveau de l'état de stress post-traumatique, ces stratégies vont être inefficaces et vont contribuer à la persistance du trouble. Cette menace « permanente » serait à l'origine des reviviscences, de l'état anxieux et des troubles neurovégétatifs.

### 1.1.1.2.5.3 Modèle psychodynamique

Dans le modèle psychodynamique ou psychanalytique, le traumatisme est assimilé à un choc émotionnel intense, lié à une situation au cours de laquelle une personne a senti sa vie en danger et qui met en péril son propre équilibre psychique. Chidiac et Crocq (2010) considèrent Oppenheim, Charcot, Janet et Freud entre autres, comme des fondateurs de la découverte de l'inconscient psychique. En 1888, l'Allemand Herman Oppenheim créa le terme « névrose traumatique » pour désigner les troubles psychiques particuliers consécutifs aux accidents (dont les accidents de chemin de fer) et caractérisés surtout par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil avec cauchemars de reviviscence, les phobies électives (dont la sidérodromophobie ou phobie de chemin de fer) et la labilité émotionnelle. Oppenheim opte pour la thèse psychogénique, incriminant l'effroi qui provoque un ébranlement psychique « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ». Nous ne pouvons évoquer le modèle psychodynamique sans se référer aux travaux de Sigmund Freud. Freud, dans son ouvrage « Au-delà du principe de plaisir » en 1920 (traduit en français en 1967), définit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ». Freud (1967) compare de façon métaphorique le psychisme à une vésicule vivante, une boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation ». Le pare-excitation sert à la fois de contenant et de protection de l'appareil psychique, et a pour rôle de repousser les excitations et de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables. Selon Freud (1967), le concept de traumatisme est relatif, et il dépend du rapport des forces entre les excitations venant de l'extérieur de l'état (constitutionnel et conjoncturel) de la barrière des défenses qui le reçoit.

Pour Briole et Lebigot (1994), ce qui fait essentiellement « trauma » pour le sujet, c'est la confrontation brutale avec le réel de la mort. Selon Lebigot (2003), l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) nouer des liens avec les représentations de l'inconscient et se transformer ainsi en souvenir sensé, mais encore le lieu, inaccessible à la conscience, du refoulé originaire. Lebigot (2011) propose une distinction entre le stress et le trauma pour expliquer la notion de traumatisme psychique. Dans le stress, une grosse quantité d'énergie fait pression sur la vésicule vivante et l'écrase partiellement. Quand il y a stress, la membrane ne subit aucune effraction et rien de l'extérieur ne pénètre à l'intérieur de l'appareil psychique. Par contre dans le trauma, un corps étranger vient se loger

au cœur de la vésicule vivante. Ce corps étranger qui devient interne au psychisme peut se faire sentir tout le long de la vie du sujet.

En résumé, selon Lebigot (2011), dans le stress, l'appareil psychique, une fois la menace disparue va peu à peu reprendre sa forme initiale. La souffrance psychique, quand le facteur stressant ne pèsera plus, s'estompera en quelques heures, semaines, mois ou années. Par contre dans le trauma, la disparition de l'élément menaçant n'influe en rien sur les troubles psychiques générés par ce « corps étranger interne » et la présence à demeure de l'image traumatique va causer des perturbations dans le fonctionnement de l'appareil psychique pendant une très longue période, voire même tout au long de la vie du sujet.

#### **1.1.1.2.5.4 Modèle culturel : ethnopsychiatrie et notion de traumatisme**

Pour Devereux (1970) qui est le fondateur de l'ethnopsychiatrie, le terme de stress doit être appliqué uniquement aux forces nocives qui atteignent l'individu. Il distingue deux sortes de stress :

- les stress communs : ce sont des expériences qui ne sont pas propres, spécifiques à une culture donnée. Ces expériences ne reflètent pas le modèle culturel de base, et surviennent assez fréquemment pour qu'elles soient reconnues.
- les stress uniques et spécifiques : ce sont des expériences qui ne sont ni caractéristiques d'une culture, ni numériquement fréquentes mais qui atteignent certains individus particulièrement fragiles ou malheureux (catastrophes naturelles par exemple).

Selon Devereux (1970), le traumatisme s'applique aux résultats de l'impact de ces forces nocives du stress qui atteignent l'individu. Le traumatisme ne varie pas seulement en fonction du stress mais aussi en fonction des ressources de l'individu. Devereux distingue trois types de stress culturels qui sont traumatisants :

- Stress atypique : un stress est atypique lorsque la culture ne dispose d'aucune défense préétablie, pré-élaborée susceptible d'atténuer ou de lutter contre la situation difficile.
- Stress typique : un stress est typique quand il survient habituellement dans la culture. La culture se prépare, organise des défenses qui seront transmises aux enfants, aux descendants, de génération en génération, par le système éducatif. Il sera traumatisant s'il revêt une intensité particulière.

- Stress typique prématuré : il survient chez un individu qui n'a pas encore accès aux défenses culturelles appropriées. C'est par exemple le cas des enfants et adolescents qui sont en maturation et par conséquent plus fragiles que les adultes.

En résumé, selon l'approche ethnopsychiatrique, un événement dans une culture donnée, sera traumatique pour plusieurs raisons : l'événement est très rare et la culture n'avait pas prévu des mécanismes de défense pour y faire face, soit l'événement est trop intense et sévère, soit les individus qui sont confrontés à l'événement ne sont pas encore matures et sont fragiles, soit les individus refusent d'utiliser les défenses culturelles préétablies pour faire face à l'événement potentiellement traumatique. Lorsque survient alors le traumatisme, les individus peuvent souffrir de toutes sortes de pathologies allant des somatisations aux troubles psychotiques ou aux symptômes dépressifs avec caractéristiques psychotiques. Chidiac et Crocq (2011) soutenaient que dans les pays en voie de développement, où l'autocensure réprime l'expression de la souffrance psychique mais la laisse volontiers s'épancher par la voie du corps, la plainte somatique est souvent offerte comme expression physique du syndrome psychosomatique.

Sudres (1996) considère que la variable culturelle confronte l'ensemble des praticiens oeuvrant auprès des sujets d'autres cultures à une révision quasi constante de leurs pratiques. Les traumatismes n'échappent pas à cet état de fait. L'approche culturelle des traumatismes a été soutenue par Baubet (2006). Les partisans du modèle culturel soutiennent l'existence de spécificités de certains symptômes en fonction de la variation du contexte socioculturel. Bien que des tableaux cliniques correspondant aux critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique puissent être retrouvés dans des aires géographiques et culturelles très diverses (De Girolamo et McFarlane, 1996), des auteurs soutiennent l'existence de certains symptômes en fonction de la culture. Dans une optique de psychiatrie comparée, les symptômes de reviviscence et d'hyper-activation neurovégétative (critères B et D du DSM-IV) constitueraient des invariants culturels, tandis que les symptômes d'évitement et d'émoussement de la réactivité générale (critère C du DSM-IV) seraient davantage dépendants du contexte culturel (Frey, 2001). Dans une étude portant sur 80 patients réfugiés, victimes de torture, Frey retrouvait des douleurs lombaires chez 58% des patients et des plaintes céphalalgiques dans 52% des cas. Baubet (2006) considère que les somatisations peuvent remplacer les symptômes d'état de stress posttraumatique classiquement décrits, ou bien coexister avec eux tout en étant le seul objet de plainte et de demande de soin, avec un risque important d'erreurs diagnostiques. Selon Baubet (2006), il existe bien des invariants

culturels, cependant ceux-ci ne sont pas à chercher au niveau des symptômes mais des processus. Baubet décrira trois processus à savoir :

- L'effroi : les notions d'effraction et de rencontre avec le néant sont contenues dans ce concept
- Le changement de l'appréhension du monde : marque l'effet traumatique
- La notion de métamorphose qui se retrouve également en situation transculturelle : le sujet ne se sent plus le même, et ses proches ne le reconnaissent plus.

Ces trois processus sont constamment retrouvés dans les pays occidentaux comme en situation transculturelle, quelles que soient les variations de la symptomatologie extériorisée (Baubet et Moro, 2003).

Des recherches antérieures ont tenu compte du fait culturel dans l'étude des traumatismes. Rechtman (2000) considérait que des facteurs individuels, culturels, sociaux et politiques structurent l'expérience subjective du trauma. Pour Connor et Butterfield (2003), les différences culturelles interviennent dans la perception et l'interprétation des expériences traumatiques, l'expression de la réponse à l'événement, le contexte culturel de la réponse par la victime et sa communauté, et la voie du rétablissement. La perception de l'événement stressant et le sens qu'on va lui donner vont déterminer les conduites thérapeutiques pour lutter contre ces événements. Ainsi, il n'est pas rare que dans de nombreux pays de l'Afrique Subsaharienne, des sacrifices et rituels se font pour se purifier après un événement traumatisant : accidents de tout genre, inondations, etc. L'exemple rapporté par Djassoa (1994) dans ses travaux et mentionné par Lebigot (2011, p. 121) dans la prise en charge d'une névrose traumatique d'un couple avec des rituels traditionnels, va dans ce sens.

Dans de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne, par exemple, des rituels de purification et de réconciliation intégrant la famille et la collectivité sont menés pour réintégrer à la communauté des adultes ou des enfants « souillés » par la guerre. Qu'ils aient eux-mêmes commis des exactions ou qu'ils en aient été témoins, ils doivent être réintégrés à leur groupe d'appartenance, protégés du désir de vengeance de leur entourage, mais aussi de leur propre culpabilité, reprendre des liens aussi harmonieux que possible avec la communauté des vivants et aussi avec l'invisible (Green et Honwana, 1999).

Les courants de la nouvelle psychiatrie transculturelle dans le monde anglo-saxon et de l'ethnopsychiatrie en France, favorisent les approches « émiques », centrées sur l'expérience du patient et les catégories de troubles définies localement, par opposition aux approches « étiques », centrées sur un savoir défini de manière extérieure au contexte. Récemment, à partir d'une revue de la littérature et de vignettes cliniques, Nubukpo, Revue, Herrmann et Clément (2009) ont souligné le triple intérêt d'une approche transculturelle en psychiatrie du sujet âgé : le premier est l'aide au diagnostic des troubles psychiatriques chez les sujets immigrés âgés, le second est la prise en compte des spécificités ethnopsychogériatriques par le système sanitaire social et enfin le troisième concerne quelques aspects de la psychiatrie des sujets âgés en Afrique subsaharienne.

L'ensemble de ces modèles présentés peut s'appliquer aussi bien aux adultes qu'aux enfants.

### 1.1.2 PERSONNALITE

Terme très vaste, la **personnalité** a connu plusieurs définitions qui ont évolué avec le temps. La personnalité vient du latin « persona » qui désigne le masque de théâtre. C'est la façon dont on se montre, le personnage social que l'on réalise, l'apparence externe tournée vers les autres. Sous l'influence du christianisme, la personnalité désigne l'unicité de l'individu concentré sur son âme. La philosophie idéaliste allemande, sous l'influence mystique allemande, emploiera le mot « persona » pour désigner ce qui est unique et spirituel dans l'individu. Les sciences humaines allemandes de la fin du 19<sup>e</sup> siècle et du début du 20<sup>e</sup> siècle vont lui garder ce sens d'individualité.

#### 1.1.2.1 Définitions de la personnalité

Plusieurs définitions ont été proposées au terme « personnalité ». Avant de passer en revue certaines définitions de la « personnalité », nous définirons le « **tempérament** » et le « **caractère** » qui sont des notions qui renvoient à la personnalité.

Selon Rothbart et Bates (1998), le tempérament désigne « les différences entre les individus qui sont fondées sur la constitution et qui sont situées au niveau de la réactivité émotionnelle, motrice, attentionnelle et de l'autorégulation ». Pour Goldsmith et al. (1987), en plus de

l'insistance mise sur la réactivité et l'émotivité, le tempérament comprend habituellement les dispositions présentes de façon précoce et influencées par une combinaison de facteurs biologiques, environnementaux et dus à la maturation.

La définition du terme « **caractère** » met l'accent sur la volonté et la morale. Selon Allport (1937), quand « l'effort personnel est jugé au regard d'un code » fondé sur des normes sociales, on l'appelle « caractère ». Allport considère le caractère comme la personnalité évaluée.

Cloninger, Bayon et Svrakic (1998) ont utilisé le terme « caractère » pour parler d'un ensemble de dimensions de la personnalité (auto-directivité, propension à la coopération, auto-transcendance) que la théorie considère (contrairement aux dimensions du tempérament) comme moins héritables et à développement plus tardif, car influencées par les processus de maturation, et représentant des différences interindividuelles au niveau des relations « soi-objet ».

En psychologie, la **personnalité** fut décrite comme la somme de différentes facultés qui composent un individu. Après avoir répertorié plus d'une cinquantaine de définitions différentes de la personnalité, Allport (1937) a proposé la sienne selon laquelle « la personnalité, c'est l'organisation dynamique, interne à l'individu, des systèmes psychophysiques qui déterminent son adaptation particulière à l'environnement ». Saucier et Goldberg (2006) considèrent que cette définition de la personnalité est une conception « biophysique » centrée sur « ce qu'est l'individu, sans tenir compte de la manière dont les autres perçoivent ou évaluent ses qualités » et sur la façon dont les mécanismes sous-jacents se structurent au sein de cet individu.

Pour Eysenck (1950), la personnalité est une organisation plus ou moins ferme et durable du caractère, du tempérament, de l'intelligence et du physique d'une personne qui détermine son adaptation unique au milieu.

Beck et Freeman (1990) définissaient la personnalité comme une organisation relativement stable composée de schémas cognitifs qui attachent une signification personnelle aux événements. Ces schémas sont responsables de la séquence qui va de la réception d'un stimulus à l'exécution d'une réponse comportementale.

Cottraux et Blackburn (2006) définissaient la personnalité comme une intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions. Elle correspond

aux modes de réactions émotives, cognitives et comportementales à l'environnement qui caractérisent chaque individu.

Selon Funder (2001), la personnalité correspond « aux structures récurrentes de pensées, d'émotions et de comportements d'un individu, ainsi qu'aux mécanismes psychologiques – cachés ou pas – qui sous-tendent ces structures ».

Dans les conduites humaines, on observe des régularités, noyaux relativement cohérents de cognitions, d'émotions et de comportements, qui manifestent une stabilité temporelle et une cohérence trans-situationnelle relatives. La psychologie différentielle dénomme ces noyaux cohérents : les *traits* ou *dimensions de personnalité*. Des définitions de la personnalité ont été proposées en tenant compte des traits ou dimensions de personnalité.

Ainsi pour McCrae et Costa (1990), « les traits de personnalité sont des dimensions décrivant des différences individuelles dans les tendances à manifester des configurations cohérentes et systématiques de pensées, d'émotions et d'actions ».

Suite à ces multiples définitions, des modèles ont été proposés pour distinguer ou classer la personnalité.

### **1.1.2.2 Modèles de la personnalité**

Nous allons présenter deux modèles qui sont souvent utilisés pour rendre compte de la personnalité aussi bien au niveau de la recherche que de la clinique. Il s'agit des modèles catégoriels et des modèles dimensionnels.

#### *1.1.2.2.1 Modèles catégoriels de la personnalité*

##### **1.1.2.2.1.1 Anciennes conceptions de la personnalité**

Le système de classification qui utilise des comportements opposés et des hypothèses biologiques pour catégoriser les tempéraments se retrouve depuis Hippocrate (460-370 avant notre ère). Selon la « théorie des humeurs » qui prévalait, il existe dans le corps quatre humeurs : le sang, la bile blanche, la bile noire et le flegme.

Les sanguins, chez qui l'humeur prédominante était le sang, avaient un comportement typiquement instable, nerveux et gai. Les personnes chez lesquelles le flegme prédominait sont dites flegmatiques et leur comportement typique était la lenteur et la léthargie. Chez les colériques, la bile blanche prévalait et ces personnes étaient irascibles. Enfin les mélancoliques pour lesquels la bile noire était dominante étaient pessimistes.

Kretschmer (1925) établit des liens entre l'aspect physique et des types de personnalité. Kretschmer considérait que les patients hospitalisés pour les pathologies mentales démontreraient à un degré plus extrême les relations entre les caractéristiques physiques et la personnalité. En conséquence, il développa une théorie comprenant quatre types. Il s'agit de :

Le **type de personnalité leptosome** avec des caractéristiques physiques de grandeur et de minceur, par opposition au type pycnique et correspondait aux comportements stables, une froideur et un certain idéalisme.

Le **type de personnalité pycnique** renvoyait à une à la silhouette petite et ronde et était associée à une instabilité émotionnelle et une certaine sociabilité.

La troisième catégorie est le **type athlétique** avec des caractéristiques physiques telles que la musculature développée, la carrure large et la grandeur, des conduites intermédiaires des deux types précédents.

Enfin, il y a le **type dysplastique**, physiquement anormal et sous-développé qui correspondait à une tendance à se sentir inférieur.

Dans la même lignée, Sheldon (1950) va prendre des photos de profil, de face, de dos, d'une multitude de sujets « normaux ». Il va ainsi classer près de 4000 photos d'étudiants âgés de 18 à 25 ans, selon trois catégories à savoir :

La première regroupe des formes corporelles arrondies, trapues et moles, avec des viscères développées et correspondent à des personnalités gaies, sociables et tolérantes. Il va appeler ce morphotype l'**endomorphe**.

La deuxième catégorie regroupe des structures somatiques caractérisées par une ossature solide et une musculature importante et un développement important des os et du tissu conjonctif et correspond à des personnalités agressives, énergiques et peu sensible. Sheldon va intituler ce deuxième morphotype le **mésomorphe**.

La troisième catégorie se caractérise par le physique élancé et gracile, la fragilité, la délicatesse, par l'étroitesse de la cage thoracique et des membres du corps filiformes et minces, nommée l'**ectomorphe**.

Finalement, il faut rappeler dans le cadre des typologies de la personnalité, que Carl Gustav Jung (1920) a décrit deux attitudes fondamentales, l'**extraversion** et l'**introversion**. L'extraverti fait preuve d'ouverture sur le monde extérieur. L'introverti en revanche, dénote un caractère hésitant, réfléchi, timide et préfère l'isolement (Anzieu et Chabert, 2004). Bien que Jung ait noté que personne n'est complètement extraverti ou introverti, il développa une classification de huit types psychologiques composée de combinaison de l'introversion ou de l'extraversion avec les fonctions intellectuelle, émotionnelle, sensationnelle et intuitive. Et à chacune de ces combinaisons, correspondaient des descriptions. Par exemple, l'extraverti intellectuel était décrit comme objectif, rigide et froid alors que l'introverti intellectuel était décrit comme théorique, intellectuel et peu pratique. A partir de cette conception de la personnalité selon Jung, on peut donc avoir 8 typologies.

Ces différentes classifications catégorielles de la personnalité sont de moins en moins utilisées de nos jours. La tendance actuelle dans la prise en compte des catégories de la personnalité dans les psychopathologies tant du point de vue clinique que de la recherche est de se référer aux modèles proposés par le DSM-IV ou la CIM-10. Dans le DSM, on parle plutôt des *troubles de la personnalité* qui sont décrits dans l'axe II.

#### 1.1.2.2.1.2 Conception actuelle : troubles de la personnalité

##### **Définition du trouble de la personnalité**

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les troubles de la personnalité comme « des configurations (patterns) profondément enracinés et durables, qui se manifestent par des réponses inflexibles à une large gamme de situations personnelles et sociales. Ils représentent des déviations soit extrêmes soit significatives de la manière dont l'individu moyen, dans une culture donnée, perçoit, pense, ressent et particulièrement entretient des relations aux autres. Ces configurations (patterns) tendent à être stables et à inclure de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique ».

## **Caractéristiques diagnostiques des troubles de la personnalité selon le DSM**

Dans le DSM-IV-TR (2000), une distinction a été faite entre les traits et troubles de personnalité. Les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation avec, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Les traits de personnalité ne constituent des troubles que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement.

**Les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité** selon le DSM-IV-TR sont les suivants :

A) Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- 1) la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
- 2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
- 3) le fonctionnement interpersonnel
- 4) le contrôle des impulsions

B) Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses

C) Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D) Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E) Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F) Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

Dans l'ensemble, il existe une correspondance des critères diagnostiques de la CIM-10 avec ceux du DSM-IV. Les critères généraux sont pour l'essentiel similaires.

#### 1.1.2.2.1.3 Classification actuelle des troubles de la personnalité selon le DSM-IV

En fonction de leurs caractéristiques, les troubles de la personnalité sont classés en trois groupes ou clusters. Il s'agit des clusters A, B et C. Les clusters A et C sont constitués chacun de trois troubles de la personnalité alors que le cluster B en compte quatre. Il existe également des troubles non spécifiques ou mixtes, n'appartenant à aucun de ces trois clusters. Nous allons présenter chaque cluster avec ses troubles de personnalité.

#### **Troubles de la personnalité du cluster A**

Ils sont considérés comme des personnalités distantes. Les individus qui ont ces personnalités paraissent souvent bizarres ou excentriques. Les trois types de troubles qui composent le cluster A sont les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique.

*Personnalité paranoïaque* : les critères de définition sont les suivants :

A) Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1) le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent

- 2) est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés
- 3) est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui
- 4) discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins
- 5) garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné
- 6) perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère
- 7) met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

B) Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre Trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

*Personnalité schizoïde* : elle est caractérisée par :

A) Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1) le sujet ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales
- 2) choisit presque toujours des activités solitaires
- 3) n'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes
- 4) n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune

5) n'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré

6) semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui

7) fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement de l'affectivité.

B) Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

*Personnalité schizotypique* : les caractéristiques sont les suivantes :

A) Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1) idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence)

2) croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple, superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres)

3) perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles

4) pensée et langage bizarres (par exemple, vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés)

5) idéation méfiante ou persécutoire

6) inadéquation ou pauvreté des affects

7) comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier

8) absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré

9) anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

B) Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

Notons que la personnalité schizotypique a fait son apparition dans le champ de la psychopathologie avec les DSM-III, en 1980. De plus, elle conduit à réexaminer les extrêmes du continuum personnalité schizoïde et trouble schizophrénique afin d'établir un diagnostic fiable (Sudres, Fouraste et Moron, 2001).

### **Troubles de la personnalité du Cluster B**

Elles sont considérées comme spectaculaires. Les sujets du cluster B apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotif et capricieux. Le cluster B regroupe les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique.

*Personnalité antisociale* : elle est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui. Selon le DSM-IV, il s'agit de :

A) Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation

2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries

- 3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
- 4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions
- 5) mépris inconsideré pour sa sécurité ou celle d'autrui
- 6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières
- 7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B) Âge au moins égal à 18 ans.

C) Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.

D) Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Épisode maniaque.

*Personnalité limite (borderline)* : elle est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. Les critères sont :

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les auto-mutilations énumérés dans le critère 5)
- 2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- 3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

- 4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5
- 5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- 6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- 7) sentiments chroniques de vide
- 8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- 9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

*Personnalité histrionique* : elle est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention. Les critères de définition sont :

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui
- 2) l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante
- 3) expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante

- 4) utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi
- 5) manière de parler trop subjective mais pauvre en détails
- 6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle
- 7) suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances
- 8) considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

*Personnalité narcissique* : il s'agit de :

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple, surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport)
- 2) est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal
- 3) pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau
- 4) besoin excessif d'être admiré
- 5) pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits
- 6) exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins
- 7) manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui

8) envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient

9) fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains

### **Troubles de la personnalité du cluster C**

Il s'agit des personnalités anxieuses. Les individus appartenant au groupe C semblent souvent anxieux et craintifs. Les trois personnalités du cluster C sont les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive.

*Personnalité évitante* : selon le DSM-IV-TR, il s'agit d'un :

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1) le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté
- 2) réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé
- 3) est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule
- 4) craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales
- 5) est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur
- 6) se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres
- 7) est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

*Personnalité dépendante* : elle est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge. Les critères sont :

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui
- 2) a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie
- 3) a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. N.B. : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions
- 4) a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie)
- 5) cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de se porter volontaire pour faire des choses désagréables
- 6) se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller
- 7) lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin
- 8) est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

*Personnalité obsessionnelle-compulsive* : elle est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle. Il s'agit de :

Mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au

début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1) préoccupations pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue
- 2) perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (par exemple, incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)
- 3) dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents)
- 4) est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)
- 5) incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale
- 6) réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses
- 7) se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures
- 8) se montre rigide et têtu.

**Troubles de la personnalité, non spécifiés ou mixtes** : cette dernière catégorie est prévue pour deux situations :

(1) le type de personnalité du sujet satisfait aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité sont présents mais les critères d'aucun trouble en particulier ne sont remplis ; ou bien

(2) l'individu a un type de personnalité qui satisfait aux critères généraux des troubles de la personnalité mais le trouble particulier de la personnalité qu'il est censé présenter n'est pas inclus dans cette classification.

Par exemple dans l'Annexe B du DSM-IV-TR, les critères des personnalités dépressive et passive-agressive (négaliviste) ont été proposés. Ces critères sont les suivants :

*Critères de recherche pour la personnalité dépressive*

A) Mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans divers contextes, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) l'humeur habituelle est avant tout abattue, morose, sombre, triste ou sans joie
- 2) l'image de soi repose sur la croyance de ne pas être à la hauteur, sur des idées de dévalorisation et sur une faible estime de soi-même
- 3) est critique envers soi-même, se fait des reproches et se déprécie
- 4) propension à ruminer et à se faire du souci
- 5) vision négative, critique et réprobatrice d'autrui
- 6) pessimisme
- 7) tendance à éprouver de la culpabilité et des remords.

B) Ne survient pas exclusivement pendant des épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un Trouble dysthymique.

*Critères de recherche de la personnalité passive-agressive ou négativiste*

A) Mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive aux demandes de fournir une performance adéquate, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1) résiste passivement à l'accomplissement des tâches professionnelles ou sociales habituelles
- 2) se plaint de ne pas être compris et apprécié par les autres
- 3) est maussade et ergoteur
- 4) critique ou méprise sans raison l'autorité
- 5) exprime de l'envie et du ressentiment envers ceux qui apparemment ont plus de chance
- 6) alterne entre défiance hostile et contrition.

B) Ne survient pas exclusivement pendant des épisodes dépressifs majeurs et n'est pas mieux expliqué par un Trouble dysthymique.

Beaucoup de recherches sur la personnalité privilégient l'approche catégorielle de la personnalité alors que les approches dimensionnelles sont défendues par d'autres chercheurs.

#### *1.1.2.2.2 Modèles dimensionnels de la personnalité*

Dans ces modèles, les personnalités sont définies par le biais de traits, des dimensions ou des facteurs. L'approche de la personnalité par les traits s'inscrit dans une visée atomiste (réduire à des composantes fondamentales) et statique ; un trait ou une dimension est un construit suffisamment stable pour pouvoir être évalué de façon permanente (Fernandez et Catteeuw, 2002). La mise en place d'un trait est empirique, selon généralement la méthode factorielle : les sujets présentant un même trait, covarient pour un ensemble de comportements relatifs à ce trait. Les dimensions de la personnalité correspondent à la description de la personnalité à un niveau hiérarchique supérieur.

A ce niveau, l'évaluation de la personnalité peut être faite de façon unidimensionnelle ou multidimensionnelle.

#### 1.1.2.2.2.1 Modèle unidimensionnel de la personnalité

De nombreuses recherches lexicales ont mis en évidence des approches factorielles de la personnalité ne comportant qu'un seul facteur. Le facteur unique met en opposition des termes tels que positif, stable, constant, épanoui et doux, avec des termes comme blessant, violent, brutal, rude et colérique (Boies, Lee, Ashton, Pascal et Nicol, 2001). Selon Osgood, May et Miron (1975), les résultats qui mettent en évidence l'existence d'un seul facteur évaluatif général sont à rapprocher à un constat classique en psychologie : les jugements portés sur les significations de divers objets dans une grande variété de contextes culturels ont montré de façon récurrente qu'un facteur d'évaluation globale (« bon » contre « mauvais ») se trouve être le premier et le plus important. La structure unifactorielle de la personnalité permet donc d'opposer les attributs désirables (bons) aux attributs indésirables (mauvais).

Certains outils ont été développés pour évaluer des dimensions spécifiques de la personnalité. Ces outils se limitent à une seule dimension particulière de la personnalité. A titre d'exemple, nous donnerons deux dimensions qui sont souvent abordées et les questionnaires utilisés pour les évaluer sont :

L'**alexithymie** : elle peut se définir comme la difficulté à prendre conscience de ses émotions et sentiments et l'incapacité à exprimer tout cela aux autres. Les sujets alexithymiques ont tendance à rapporter des plaintes somatiques car ils possèdent peu de capacités imaginatives (Bouvard, 2009). On distingue deux sortes d'alexithymie : l'alexithymie trait et l'alexithymie état. L'alexithymie trait, qui est une dimension de la personnalité, est une variable dispositionnelle qui favorise les troubles psychosomatiques. L'alexithymie état (ou alexithymie secondaire) se manifeste après un choc ou une maladie grave (Pardinielli et Rouan, 1998). Elle pourrait représenter une stratégie d'ajustement en jouant le rôle de facteur protecteur contre la signification émotionnelle et la gravité de la maladie ou de l'événement. Pour évaluer l'alexithymie, l'Echelle d'Alexithymie de Toronto (TAS) de Taylor, Ryan et Bagby (1985) est souvent utilisée. Il existe plusieurs versions de TAS. Dans la TAS à 20 items (Bagby, Parker et Taylor, 1994), le sujet évalue son degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé sur une échelle en cinq points allant de 1 : « désaccord complet » à 5 « accord complet ». Dans la version anglaise, selon Taylor, Bagby et Parker (1997), les notes seuils sont : sujets alexithymiques (scores  $\geq 61$ ) et sujets non alexithymiques (scores  $\leq 51$ ). Pour la version française, les notes seuils d'après Loas et al., 1996) sont : sujets alexithymiques (score

$\geq 56$ ) et sujets non alexithymiques (scores  $\leq 44$ ). En général, on considère qu'avec les scores en dessous de 44, les sujets ont de fortes chances de ne pas être alexithymiques et au-dessus de 56, ils ont de fortes probabilités de l'être. Donc après la passation de ce questionnaire, on peut dire si un sujet est alexithymique ou non.

**L'impulsivité** : elle peut se définir comme l'absence de réflexion préalable à l'action ou l'incapacité à résister à la frustration, ce qui conduit l'individu à avoir une tendance à consommer, ou comme une recherche de sensation. Pour Eysenck et Eysenck (1978), l'impulsivité caractérise les individus inconscients des risques encourus et la recherche d'aventure qui inclut la recherche de sensations et la prise de risque. Barratt (1993) a cherché à évaluer la dimension impulsive très indépendante de l'anxiété, de la recherche de sensations ou de la prise de risque. L'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10) dont la dernière version comprend 30 items (BIS-11) permet d'évaluer l'impulsivité des individus.

#### 1.1.2.2.2 Modèle multidimensionnel de la personnalité

Contrairement au modèle unidimensionnel, le modèle multidimensionnel tient compte de plusieurs traits, facteurs ou dimensions dans l'évaluation de la personnalité chez un même individu.

Allport (1937) considérait que les traits peuvent être inférés à partir des conduites et des pensées d'un individu dans différentes circonstances et préconisait une distinction des traits :

- les traits cardinaux : renvoient aux motivations majeures
- les traits centraux : correspondent aux multiples descripteurs que l'on utilise pour caractériser les individus
- les traits secondaires dont l'importance est moindre
- les traits communs : permettent de classer les personnes sur un continuum et enfin
- les dispositions personnelles qui ont un rôle important à jouer dans une science de la personnalité, car elles sont propres à chaque individu et reflètent la structure de la personnalité.

Pour sa part, Cattell (1943) a mis au point une théorie de la personnalité basée sur plusieurs facteurs. Il s'agit d'une approche inductive et expérimentale de l'évaluation de la personnalité

basée sur l'analyse factorielle. Grâce à l'analyse factorielle, Cattell a créé l'échelle d'évaluation de la personnalité qui est le 16 PF. Partant de la liste d'Allport et Odbert regroupant 17953 adjectifs qui décrivent l'être humain et après avoir retenu 4504 termes non redondants de ces adjectifs, Cattell (1943) en a extrait 171 variables de la personnalité que plusieurs analyses factorielles successives regroupent en 16 traits de personnalité bipolaires ou traits « source ». Ces 16 traits « source » décrivent la personnalité normale de chaque individu. La construction de cette échelle, qui a le mérite de reposer sur une méthodologie scientifique, donnera malgré tout lieu à certaines critiques, notamment à propos du degré de subjectivité impliqué dans le choix des traits à étudier et dans les termes utilisés pour nommer les facteurs issus des analyses statistiques (Cottraux et Blackburn, 2006).

Eysenck (1950) a développé une théorie de la personnalité qui est utilisée encore aujourd'hui. Dans un premier temps, Eysenck décrit deux dimensions : l'extraversion-introversion et le névrosisme-stabilité.

Dans la première dimension, l'extraversion comprend les traits sociable, affirmé, avide de sensations, insouciant, dominant et aventureux alors que l'introversion allait dans le sens contraire. Dans le second continuum, le névrosisme correspondant aux traits anxieux, déprimé, tendu, timide, irrationnel et émotionnel. En 1968, a été créé l'Inventaire de Personnalité d'Eysenck (EPI), traduit et édité par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée (1971) et qui permettait d'évaluer les deux dimensions de la personnalité.

A ces deux dimensions, qui correspondent à de nombreux facteurs retrouvées dans d'autres systèmes, Eysenck introduira une troisième dimension : le psychoticisme. Cette dimension intègre les traits agressivité, froideur, égocentrisme, impulsivité et manque d'empathie. Eysenck mettra également au point un questionnaire, l'EPQ qui permet d'évaluer ces trois dimensions (Eysenck et Eysenck, 1975). Pour Eysenck et Eysenck (1975), chez les introvertis, le niveau de sensibilité est plus élevé que chez les extravertis en réponse à la même stimulation externe. Les personnes extraverties recherchaient dans l'environnement des stimulations plus fortes (musiques fortes, couleurs vives, etc.) pour pallier à un manque d'excitation interne (que l'on ne retrouve pas chez les introvertis). Ceci expliquerait partiellement pourquoi les médicaments antidépresseurs et les stimulants agissent différemment sur les introvertis et les extravertis. Le modèle d'Eysenck propose une intégration des aspects biologiques dans une théorie de la personnalité.

## **Le modèle de la personnalité en cinq facteurs (Big Five)**

Ce modèle considère qu'il existe cinq principales dimensions de la personnalité et chaque dimension est constituée des traits les plus importants ou facettes. Il existe plusieurs questionnaires de modèle de la personnalité des cinq grands facteurs. Il y a entre autres : l'Inventaire de la Personnalité-Révisé (NEO PI-R) de Costa et McCrae (1990), l'International Personality Item Pool (IPIP) de Goldberg (1999), la description en cinq dimensions (D5D) de Rolland et Mogenet (1994).

Nous présenterons le modèle en cinq facteurs en nous basant sur le NEO PI-R. Le NEO PI date de 1985 (Costa et McCrae, 1985). En 1990, le développement de cet instrument a été achevé en intégrant les facettes des deux dernières dimensions qui manquaient (Costa et McCrae, 1990). Depuis plus d'une quinzaine d'année, la plupart des études sur les facteurs généraux de la personnalité utilisent le modèle des Big Five car ce modèle réduirait sensiblement les divergences entre les chercheurs. Ce modèle de personnalité est composé de cinq facteurs qui sont : l'extraversion, l'agréabilité, la conscience, la stabilité émotionnelle et l'ouverture aux expériences ou l'intellect- l'imagination.

L'**extraversion** : les principales caractéristiques sont la chaleur, la grégarité, les émotions positives ressenties dans les relations interpersonnelles. La dimension extraversion permet d'évaluer la sociabilité, les affects positifs (gaieté, entrain), l'activité et le fait d'être sûr de soi. Dans l'extraversion, les adjectifs prototypes *actifs, sociables* sont opposés à *silencieux, timide*.

L'**agréabilité** : caractérisée par l'altruisme, l'empathie et le respect envers les personnes. La dimension agréabilité est relative aux tendances interpersonnelles. Dans le caractère agréable, les prototypes *gentil, coopératif* sont opposés à *méchant, indifférent*.

La **conscience** : correspond au sens du devoir, à la ponctualité, l'ordre et l'autodiscipline. Cette dimension concerne la planification, l'organisation et la mise en exécution des tâches. Dans le caractère consciencieux, les adjectifs *méticuleux, appliqué* sont opposés à *désordonné, distrait*.

La **stabilité émotionnelle** est opposée au **névrosisme** qui est la tendance à ressentir des émotions négatives telles que l'anxiété, l'hostilité ou les affects dépressifs. Cette dimension évalue l'adaptation et l'inadaptation. Dans cette dimension, les adjectifs prototypes *serein, décontracté* s'opposent à *anxieux, irritable*.

**L'ouverture aux expériences** ou **l'intellect-l'imagination** : fait référence à l'intérêt pour les concepts abstraits, l'aptitude à les comprendre avec aisance et la productivité imaginative. L'ouverture aux expériences renvoie à l'imagination, la curiosité intellectuelle, la sensibilité esthétique, l'attention prêtée à ses propres sentiments et les attitudes non dogmatiques. Dans cette dimension, les adjectifs prototypes *imaginatif*, *intellectuel* sont opposés à *simplet*, *incapable*.

Les études récentes recommandent l'utilisation du modèle en cinq facteurs dans l'évaluation de la personnalité. Rossier, Rigozzi et le groupe de recherche sur la personnalité à travers la culture [Personality Across Culture Research Group] (2008) ont décrit la relation entre les troubles de la personnalité et le modèle en cinq facteurs décrivant les traits ou dimensions de la personnalité, modèle réputé pour son invariance culturelle. Rossier et Rigozzi ont trouvé que le modèle de 5 facteurs peut être utile pour décrire les troubles de la personnalité dans différents milieux culturels. Il s'agit d'une étude réalisée en Suisse dans 9 pays d'Afrique Francophone dont l'Afrique du Nord (Algérie et Tunisie), l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali et Sénégal), l'Afrique Centrale (République Démocratique du Congo et République du Congo) et l'Ile Maurice.

Une étude multicentrique mondiale a été faite pour rendre compte de la répartition des différentes dimensions. En effet, Schmitt, Allik, McCrae et Benet-Martínez (2007) ont examiné la distribution des traits de personnalité mesurés par le BFI (Big Five) à travers le monde. Il s'agit d'une étude menée dans 56 pays différents dont la France et sept pays africains (le Botswana, la République Démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Maroc, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et le Zimbabwe) et concernant dix régions du monde : l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud, l'Europe de l'Ouest, l'Europe de l'Est, l'Europe du Sud, le Moyen-Orient, l'Afrique, l'Océanie, l'Asie du Sud et du Sud-est, l'Asie de l'Est. Avec l'utilisation du Big Five, en considérant les dimensions « Agréabilité » et « Conscience », les nations africaines rapportaient des scores plus élevés que les autres régions du monde alors que les participants de l'Asie de l'Est avaient des scores plus bas, comparés aux autres régions du monde. Pour le « Névrosisme », les scores étaient significativement plus bas en Afrique que dans les autres régions du monde alors que les scores étaient plus élevés en Europe du Sud. Les scores étaient aussi plus bas pour la dimension « Ouverture » en Afrique que dans les autres régions du monde alors qu'ils sont significativement plus élevés en Amérique du Sud.

Des modèles lexicaux en six et sept facteurs ont été évoqués par Saucier et Goldberg (2006).

### **Modèle lexical à six facteurs**

Selon ce modèle, la personnalité serait constituée de six facteurs. Pour Saucier et Goldberg (2006), les données actuellement disponibles montrent que la réplicabilité translinguistique de la structure à six facteurs peut dépasser celle du « Big Five ». Si tel est le cas, le modèle à six facteurs pourrait être considéré comme supérieur car il fournit plus d'informations que le « Big Five ». Du point de vue empirique, les facteurs « extraversion », « caractère consciencieux » et « ouverture » ou « intellect » dans ce modèle à six facteurs diffèrent assez peu des facteurs correspondants du « Big Five ». Les trois autres facteurs émergent nettement des espaces interstitiels séparant ceux du « Big Five » : « émotivité » entre la stabilité émotionnelle (basse) et l'extraversion (basse) du « Big Five », « caractère agréable » entre le caractère agréable et la stabilité émotionnelle du « Big Five » et « honnêteté-humilité » entre le caractère agréable et le caractère consciencieux du « Big Five » (Saucier, 2005).

### **Modèle lexical à sept facteurs**

Selon ce modèle, chaque personnalité serait constituée de sept facteurs ou dimensions. Des recherches dans des langues différentes ont trouvé l'existence d'une structure possible de la personnalité à sept facteurs. Par exemple, des recherches lexicales en langue philippine (Church, Katigbak et Reyes, 1998 ; Church, Reyes, Katigbak et Grimm, 1997) et hébraïque (Almagor, Tellegen et Waller, 1995), langues aux racines linguistiques et culturelles sans lien de parenté, ont fourni une structure à sept facteurs très convergente, malgré l'obscurcissement de cette similitude par des dénominations divergentes. Le modèle à sept facteurs ressemble au modèle à six facteurs sauf que, d'une part, le caractère agréable est appelé égalité d'humeur et l'extraversion est appelée sociabilité, et d'autre part, avec davantage de variables, les deux facteurs, « honnêteté » et « émotivité » du modèle à six facteurs en deviennent trois dans le modèle à sept facteurs avec « valence négative », « souci d'autrui » et « confiance en soi ». (Saucier et Goldberg, 2006)

En résumé l'approche catégorielle est aussi utile que l'approche dimensionnelle dans l'évaluation de la personnalité. Il revient au chercheur et au clinicien, en fonction de leurs objectifs de choisir celle qui leur convient le mieux.

## 1.2 ASSOCIATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LES PSYCHOPATHOLOGIES

Les maltraitances, abus ou traumatismes de l'enfance sous toutes formes ont des répercussions sur la santé mentale des personnes qui en sont victimes aussi bien dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. La relation entre les traumatismes et les maladies mentales a été examinée pour la première fois au 19<sup>e</sup> siècle par Charcot, qui dans ses travaux, essayait d'expliquer les cas de névroses hystériques de ses patientes par les traumatismes antérieurs dont elles avaient été victimes.

Les effets des abus d'enfance sur les psychopathologies peuvent durer à court, moyen et long termes. On peut traîner les séquelles des traumatismes de l'enfance à toutes les étapes de la vie et tous les types de pathologies psychiatriques peuvent en découler. Les expositions multiples aux traumatismes de l'enfance incluant l'abandon, la trahison, les agressions physiques ou sexuelles ou le fait d'être témoin des violences domestiques peuvent avoir des séquelles négatives qui continuent de se répercuter sur l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte (van der Kolk, 2005).

### *1.2.1 TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET SANTE MENTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT*

Les traumatismes de l'enfance peuvent entraîner des symptômes d'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Les traumatismes de l'enfance seraient nocifs et entraîneraient plus de séquelles selon l'âge dont ils sont vécus, selon leur nature et selon leur caractère répétitif ou non. Pour Glaser, van Os, Portegijs et Myin-Germeys (2006), les effets du traumatisme sont d'autant plus nocifs et durables que le traumatisme est survenu tôt dans la vie.

Dans leur étude, Ackerman, Newton, McPherson, Jones et Dykman (1998) ont trouvé une prévalence du trouble du stress post-traumatique (TSPT) de 26% chez les enfants âgés de 7 à

13 ans, victimes d'agression physique, et cette prévalence passe à 55% pour le groupe des enfants victimes à la fois d'agression physique et sexuelle. Ackerman et al. ont trouvé que beaucoup d'enfants ont développé des troubles tels que : l'anxiété de séparation (39%), le trouble phobique (36%), le trouble de l'attention et de l'hyperactivité (29%), l'épisode dépressif majeur (13%), etc.

Selon Keren (2005), au Canada, le fait d'assister à une scène de violence familiale, surtout si la figure d'attachement principale est frappée (la mère le plus souvent), représente l'événement le plus stressant qui soit.

A long terme, on peut craindre que sous l'effet du traumatisme, la personnalité de l'enfant en bas-âge ne subisse des dommages irréversibles, ou qu'elle ne se structure sur un mode pathologique. Ces enfants de bas âge victimes de maltraitance et d'abus sexuel par exemple peuvent devenir des enfants ou adolescents passifs, apathiques et abouliques ou au contraire, ils peuvent devenir violents et s'adonner à des actes criminels tels que les incendies, agressions, vols, viols, homicides ou à des violences extrêmes. Pour Berger, Bonneville, André et Rigaud (2007), cette violence, liée à une identification incorporative pathologique, s'est structurée dans les deux premières années de la vie. Les relations intimes et sociales qu'entretiennent ces enfants soumis très tôt à la violence, sont souvent perturbées. Devenus adolescents et adultes, maîtrisant mal le code régissant les échanges humains, ils se montrent maladroits, voire inaptes à interagir adéquatement avec autrui et réagissent parfois de manière imprévisible (attitudes non congruentes, susceptibilité et interprétations égocentriques des situations relationnelles entraînant malentendus et conflits, ruptures relationnelles brutales incompréhensibles, etc.).

Haesevoets (2008) a distingué deux types de réactions liées aux abus émotionnels chez l'enfant : les réactions passives et les réactions par l'agressivité.

Les principaux symptômes liés aux abus émotionnels chez l'enfant développant des réactions passives sont :

difficulté de construire des relations sociales ; inapte à nouer des liens avec les autres enfants ; manque de confiance en soi et absence d'émotions ; timidité maladive ; victimisé et exploité par les autres enfants ; fatigué et apathique ; amorphe et désespéré ; sentiments d'infériorité ; pessimiste et préoccupé ; difficultés de concentration pendant les activités scolaires et baisse du rendement intellectuel ; auto-dévalorisation et dénigrement de soi ;

incapacité à éprouver du plaisir ou à s'engager dans des activités ludiques ; automutilations, cheveux arrachés, trichotillomanie, ronge ses ongles, mordille ses doigts, enclin aux accidents ; manque d'amour-propre et perte de l'estime de soi, au point de se faire des remarques telles que : « je suis stupide », « je suis mauvais », « je suis laid et gros ! », etc.

Les indicateurs comportementaux d'abus émotionnels chez l'enfant répondant par l'agressivité sont :

brutalise et agresse les autres ; intimidation ; provocations et défiance ; ridiculise les autres enfants ; cruel envers les autres enfants et les animaux ; détruit le bien d'autrui et met le feu ; reproduit des actes délictueux, rackette et traîne le soir ; rentre chez lui à contrecœur ; susceptible, soucieux, sur le qui-vive, méfiant et hyperactif, etc.

Cherchant à déterminer si l'exposition à la violence conjugale psychologique et verbale prédit les troubles de comportement chez les adolescents lorsque l'effet de la violence parentale et l'effet de la violence conjugale physique sont contrôlés, Bourrassa (2006) a trouvé que chez les garçons, la violence parentale est un prédicteur des troubles de comportement plus important que l'exposition à la violence conjugale, qu'elle soit physique ou psychologique. Chez les filles, la violence parentale et l'exposition à la violence conjugale psychologique sont des variables importantes pour prédire les troubles de comportement.

L'abus sexuel dans l'enfance est un facteur lié aux comportements de risque de la santé tels que l'alcoolisme massif, les idées suicidaires, les tentatives de suicide et l'usage de la cigarette, chez les enfants et adolescents. En effet, dans une étude réalisée auprès de 683 enfants et adolescents ruraux en Chine, âgés de 8 à 18 ans, Lin et al. (2011) ont trouvé que l'abus sexuel multipliait le risque sur la santé. L'abus sexuel de l'enfance était significativement associé à l'usage de la cigarette (Odd Ratio (OR) = 2,14), à l'alcoolisme massif (OR = 2,68), aux idées suicidaires (OR = 1,69) et aux tentatives de suicide (OR = 2,69) (Lin et al., 2011).

Dans une étude faite au Swaziland, Reza et al. (2009) ont trouvé que les jeunes filles victimes d'abus sexuel avant l'âge de 18 ans ont eu de nombreux problèmes de santé mentale en l'occurrence la dépression, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide, les troubles de sommeil, l'usage d'alcool et de cigarettes, comparées à leurs homologues qui n'ont pas été abusées sexuellement.

La plupart des études effectuées sur les cooccurrences des traumatismes de l'enfance ont été faites dans les pays développés. Il existe une rareté de travaux réalisés dans les pays à faibles revenus dont l'Afrique Subsaharienne. Une revue de la littérature publiée par Benjet (2010) confirme cette rareté et relève des spécificités de certains traumatismes dans les pays à faibles revenus et leurs conséquences psychologiques sur les enfants dans ces pays. Dans cette revue des travaux, Benjet trouve que dans les pays en voie de développement, il y a beaucoup de jeunes qui sont exposés aux violences liées à la guerre, des orphelins de SIDA, des enfants travaillant pendant de longues heures dans des conditions dangereuses, des mutilations génitales. Les enfants et jeunes victimes de ces événements traumatiques présentent plus de trouble de stress post-traumatique et de dépression, comparés aux jeunes non exposés.

Les travaux de Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama et Puren (2010) en Afrique du Sud confirment l'existence de lien entre les traumatismes de l'enfance et les psychopathologies de l'enfance, de l'adolescence et du jeune adulte. La négligence émotionnelle est associée à la dépression chez les femmes, alors que chez les hommes, la négligence émotionnelle est liée à la fois à la survenue de la dépression et de l'abus de drogue.

L'exposition à plusieurs traumatismes peut contribuer à la survenue de plus de psychopathologies chez l'enfant et l'adolescent. En Afrique du Sud, dans une étude transversale réunissant 1140 adolescents de 14 à 18 ans, Suliman et al. (2009) ont trouvé que les adolescents ayant rapporté plus de traumatismes d'enfance présentaient plus de symptômes d'état de stress post-traumatique et plus de symptômes dépressifs comparés à leurs homologues ayant rapporté un seul traumatisme. Il devient donc évident que la multiplication des traumatismes de l'enfance entraînerait plus de problèmes de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent.

Dans une autre étude menée en Afrique du Sud, Carey, Walker, Roussouw, Seedat et Stein (2008) ont trouvé que le fait d'avoir eu une histoire d'abus sexuel dans l'enfance entraîne plus des psychopathologies chez les enfants et adolescents victimes. De façon spécifique dans leur étude, Carey et al. (2008) ont trouvé que la dépression et le TSPT chez les enfants et adolescents ayant participé à cette étude (N = 94 et la moyenne d'âge est de 14,25 ans) sont significativement associés à l'abus sexuel d'enfance qu'ils ont connus. De plus, le taux élevé de traumatismes sexuels d'enfance prédisaient le taux élevé de TSPT chez les enfants traumatisés.

Au Togo, une étude nationale réalisée par Dassa et al. (2005) a révélé que plusieurs formes de maltraitance ont été évoquées par les enfants évalués. Cette étude portait sur 822 sujets âgés de 7 à 17 ans. Il s'agit des abus physiques, sexuels, psychologiques, etc. Beaucoup d'enfants et adolescents victimes de ces différentes formes d'abus ont présenté des symptômes psychopathologiques tels que les fugues, les tentatives de suicide, l'agressivité, l'anxiété, etc.

Les traumatismes de l'enfance sont souvent associés aux troubles addictifs en général et à l'ivresse en particulier. Une étude réalisée dans quatre pays de l'Afrique Subsaharienne va dans le même sens. En effet, dans leur étude multicentrique menée au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, Kabiru et al. (2010) ont établi l'association entre les traumatismes de l'enfance et l'usage d'alcool par les jeunes. Dans leur étude, Kabiru et al. ont trouvé 2 principaux facteurs liés à l'abus d'alcool chez les adolescents : vivre avant l'âge de 10 ans dans une famille où quelqu'un est alcoolo-dépendant et être abusé physiquement avant l'âge de 10 ans. Plus les sujets rapportent d'événements traumatiques d'enfance et plus on retrouve des comportements d'alcoolisme excessif chez eux.

L'association entre les traumatismes et les symptômes de TSPT chez les enfants et adolescents a été trouvée dans de nombreuses études. Seedat, Nyamai, Njenga, Vythilingum et Stein (2004) dans une étude comparative entre le Kenya et l'Afrique du Sud, ont trouvé que les adolescents remplissant les critères positifs de TSPT présentent également plus de nombre de traumatismes, comparés aux adolescents sans TSPT et à ceux avec un TSPT partiel. Dans cette étude, Seedat et al. (2004) ont établi des associations avec certains types de traumas et le risque de TSPT. Les 3 traumatismes liés au risque de présence de diagnostic de TSPT sont les agressions sexuelles et physiques et les accidents graves.

Dans une revue de la littérature, Davis et Siegel (2000) ont trouvé que le TSPT chez l'enfant et l'adolescent résulte de plusieurs facteurs. Il s'agit entre autres de : désastres naturels, guerres, violences communautaires, être témoin d'un événement traumatique, abus sexuels et physiques, autres formes de violences interpersonnelles, etc.

Les mauvais traitements de l'enfance en l'occurrence les abus sexuels et physiques s'associent à la dépression chez l'adolescent. Fletcher (2009) confirme ce point de vue dans son article qui mentionne l'existence d'une association entre les abus sexuels et les abus physiques et la dépression chez les adolescents, surtout chez les femmes. Cette association est également observée chez les adultes.

Pour Pawlby, Hay, Sharp, Waters et Pariante (2011), la maltraitance dans l'enfance associée à la dépression anténatale sont deux facteurs, qui pris ensemble, constituent des prédicteurs des psychopathologies (dépression et troubles de conduite) chez les progénitures à 11 et à 16 ans.

L'abus sexuel de l'enfance augmente le risque de devenir un mauvais usager de plusieurs substances psychoactives (Shin, Hong et Hazen, 2010) et l'engagement dans des comportements sexuels à risque à l'adolescence (Ferguson, Horwood et Lynskey, 1997).

En Tanzanie, Hermenau, Hecker, Ruf, Schauer et Schauer (2011) ont trouvé que la violence vécue dans un orphelinat est fortement corrélée avec plusieurs indicateurs de la santé mentale, comparée à la violence vécue en famille ou avec les voisins. L'expérience de violence dans un orphelinat joue un rôle crucial dans le comportement agressif des orphelins.

Une étude réalisée en Allemagne par Krischer et Sevecke (2008) sur les jeunes délinquants détenus et les jeunes élèves âgés de 14 à 19 ans révèle, après comparaison des deux groupes, que les jeunes détenus présentent des scores de trauma précoce significativement plus élevé que ceux des jeunes élèves. Il existe une relation entre les expériences traumatiques physiques et émotionnelles précoces et la psychopathie chez les garçons détenus.

La négligence de l'enfance s'associe aux symptômes dépressifs chez l'enfant et cette relation s'effectue par le biais de la tendance à la honte (Bennett, Sullivan et Lewis, 2010). En examinant l'effet médiateur de la tendance à la honte comme résultant des négligences de l'enfance et des facteurs expliquant la relation entre la négligence de l'enfance et les symptômes dépressifs auprès de 111 enfants âgés de 7 ans, Bennett et al. (2010) ont trouvé que les enfants négligés rapportaient plus de tendance à la honte et plus de symptômes dépressifs que les contrôles. La tendance à la honte sert de facteur médiateur de relation entre la négligence de l'enfance et les symptômes dépressifs, contrairement à la tendance à la culpabilité.

Pour Kestenberg (1985) et Kinzie et al. (1989), il existe un taux élevé de dépression chez les enfants réfugiés des régimes brutaux ou dictatoriaux.

### ***Cas particulier du TSPT chez l'enfant et l'adolescent***

L'influence du TSPT sur l'enfant a déjà été mentionnée après la 2<sup>e</sup> guerre mondiale. Selon Vila et Mouren-Simeoni (1999), après un événement donné, deux tiers des enfants exposés

pouvaient présenter des états de stress post-traumatiques dans les mois suivants. Une étude épidémiologique en population générale (Giaconia et al., 1995) a trouvé que deux cinquième des adolescents âgés de 18 ans ont subi un traumatisme tel qu'il est défini par le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) et que plus de 6% ont un diagnostic d'Etat de Stress Post-traumatique sur toute la vie.

Des études ont montré des particularités de symptômes de l'ESPT chez les enfants et les adolescents. Pour Terr (1991), un certain nombre de spécificités sémiologiques et développementales colorent la présentation de l'ESPT du jeune patient. Le syndrome de répétition reste central et quasi pathognomonique. Les enfants présentent des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit, évoquant certains aspects de l'événement traumatique qu'ils n'ont pas conscience de rejouer ainsi. Les peurs spécifiques liées au traumatisme constituent, après les reviviscences, les comportements de répétition (remise en acte, jeux de dessins compulsifs post-traumatiques), l'attitude changée vis-à-vis des gens, de la vie et de l'avenir, la quatrième caractéristique principale des psychotraumatismes de l'enfant. Pour leur part, Green et al. (1991) trouvaient que l'émoussement de la réactivité générale avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est rare chez l'enfant à la suite d'un traumatisme unique et ce d'autant qu'il est jeune. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que chez l'enfant, les phénomènes régressifs (une énurésie, un parler « bébé » ou une succion du pouce) sont fréquents après un traumatisme. Pour Vila (2006), les troubles du comportement alimentaire, les passages à l'acte suicidaire, les automutilations, les conduites d'hypersexualité et prédélinquantes, l'abus d'alcool et de substances toxiques se produisent chez les adolescents. Les impulsions auto-agressives pourraient s'interpréter comme des tentatives pour échapper à des états pénibles de vide, de détachement et d'émoussement.

Salmon et Bryan (2002) ont passé en revue l'incidence du TSPT sur l'enfant. La plupart des études sur le TSPT ont été réalisées suite aux désastres naturels, guerres, violences criminelles, incendies, abus sexuels et accidents (McNally, 1993). Le taux de TSPT chez l'enfant pendant la guerre est élevé et varie entre 27% (Saigh, 1991) et 33% (Arroyo et Eth, 1985). Le TSPT a été également observé chez les enfants suite à l'abus sexuel. Le TSPT de l'enfant suite à l'agression sexuelle est variable et va de 0% (Livingston, 1987 ; Sirles, Smith et Kusama, 1989) à 48% (McLeer, Deblinger, Atkins, Foa et Ralphe, 1988) voire 90% (Kiser et al., 1988). Le TSPT de l'enfant a été aussi observé suite aux traumatismes physiques tels

que les accidents de voiture dont la prévalence est estimée à 23% (Aaron, Zaglul et Emery, 1999). Bui et al. (2010) ont trouvé une prévalence de 4,9% de TSPT complet parmi les enfants victimes d'accident de la voie publique. Comme pour les adultes, la dissociation péri-traumatique serait fortement corrélée à l'apparition d'un état de stress aigu et d'un syndrome psychotraumatique chronique (Birmes et al., 2003) chez les enfants.

Si les traumatismes de l'enfance ont des répercussions sur la santé mentale de l'enfant et l'adolescent, les conséquences négatives peuvent parfois s'observer même à l'âge adulte.

### *1.2.2 TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET SANTE MENTALE A L'AGE ADULTE*

De nombreuses études tant longitudinales que transversales ont établi l'association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles psychiatriques à l'âge adulte (Scott, McLaughlin, Smith et Ellis, 2012) ou entre les événements traumatiques de l'enfance et les troubles neuropsychiatriques (Clément, 2000 ; Clément, Darthout et Nubukpo, 2003). Selon Read et Bentall (2012), les adversités de l'enfance entraînent des problèmes de santé mentale à l'âge adulte.

Les études dans les hôpitaux psychiatriques, sur des adultes souffrant de personnalités multiples ou ceux ayant une personnalité borderline, et sur les adolescents qui ont commis des meurtres, montrent que ces adultes et adolescents ont souvent été abusés ou choqués dans leur propre enfance (Terr, 1991). Les expériences traumatiques de l'enfance peuvent avoir des effets dommageables à long terme sur l'adulte (Horwitz, Widom, McLaughlin et White, 2001 ; Mullen, Martin, Anderson, Romans et Herbison, 1996).

Ces associations ont été faites en prenant en compte les types particuliers d'abus d'enfance. Beaucoup de recherches ont incriminé les abus sexuels qui expliqueraient des troubles tant de l'axe I que de l'axe II du DSM-IV. Par exemple, le fait d'être victime d'abus sexuel dans l'enfance peut s'associer à la survenue des troubles alimentaires, des troubles de la personnalité, de l'épisode dépressif, etc. Les femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance présentent plus de troubles psychopathologiques et ont un risque plus élevé d'addiction comparées aux contrôles (Thompson et al., 2003).

L'exposition à des événements potentiellement traumatiques dans la vie est associée à une probabilité élevée de morbidité psychiatrique surtout si l'événement a lieu dans l'enfance. Zlotnick et al. (2008) ont trouvé que les individus ayant vécu des événements potentiellement traumatiques (quelle que soit la période) présentent plus de troubles psychiatriques que ceux n'ayant connu aucun événement potentiellement traumatique. Pour Zlotnick et al., les événements potentiellement traumatiques de l'enfance, comparés aux événements potentiellement traumatiques de l'âge adulte, étaient significativement liés au trouble panique, à l'agoraphobie et au trouble de stress post-traumatique.

En évaluant les corrélations entre 11 événements traumatiques de l'enfance et leur association avec les psychopathologies à l'âge adulte, Slopen et al. (2010) ont trouvé, dans un échantillon représentatif en Afrique du Sud que, les différents événements stressants de l'enfance (maladie mentale des parents, violence familiale, abus physique, abus sexuel, mort de parent, etc.) corrèlent entre eux et prédisent les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et l'abus de substance.

L'association entre les traumatismes de l'enfance et les psychopathologies à l'âge adulte est une réalité qui se retrouverait dans tous les milieux et continents. Que ce soit les pays à fort, moyen ou faible revenu, le lien entre les adversités de l'enfance et les troubles psychiatriques à l'âge adulte a été démontré. Une étude multicentrique menée dans 21 pays confirme cette association. En effet, Kessler et al. (2010), dans leur recherche réalisée dans 21 pays dont la France, l'Afrique du Sud et le Nigéria, ont examiné les associations entre 12 adversités de l'enfance et leur association avec le début de 20 troubles du DSM-IV. Les 12 adversités de l'enfance incluent 3 pertes interpersonnelles (perte parentale, divorce parental, autre séparation des parents), 4 types d'inadaptation parentale (maladie mentale, abus de substance, criminalité, violence), 3 types de maltraitance (abus physique, abus sexuel, négligence) et 2 autres adversités de l'enfance (maladie physique menaçante, adversité économique familiale). Quel que soit le pays, toutes les formes d'adversités sont associées au risque élevé de présence des troubles du DSM-IV (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles comportementaux, etc.).

Les traumatismes de l'enfance élevés entraînent la sévérité des psychopathologies. Une étude longitudinale de Hovens et al. (2010) faite aux Pays-Bas soutient l'hypothèse selon laquelle plus le score des traumatismes de l'enfance est élevé et plus sa relation avec les psychopathologies à l'âge adulte est forte.

Les études menées en Afrique Subsaharienne, en l'occurrence au Nigéria, soutiennent le risque élevé des mauvaises expériences familiales infantiles dans la survenue des troubles mentaux à l'âge adulte. La probabilité d'abus de substance est élevée chez les individus ayant vécu la violence familiale, la négligence ou l'abus d'une part, et d'autre part, la psychopathologie parentale est associée au risque élevé de développer des troubles de l'humeur (Oladeji, Makanjuola et Gureje, 2010).

De multiples études ont évalué les conséquences de certains traumatismes spécifiques de l'enfance sur des troubles précis à l'âge adulte. Par exemple, Briere et Elliot (2003), en examinant la prévalence et les séquelles psychologiques des abus physiques et sexuels de l'enfance dans une population générale aux USA, ont trouvé que la présence d'expériences d'agressions sexuelles prédit une plus grande variance de symptômes que la présence de mauvais traitements physiques. Briere et Elliot (2003) concluent l'existence marquée de présence d'agressions sexuelles et physiques de l'enfance dans la population générale et que ces agressions s'accompagnent d'une gamme de symptômes psychologiques.

Les traumatismes de l'enfance en général, et en particulier la négligence émotionnelle, jouent un rôle dans le développement du trouble obsessionnel-compulsif et de la trichotillomanie (Lochner et al., 2002).

Une autre recherche a montré que l'abus émotionnel de l'enfance est un prédicteur de la dissociation (Sar, Islam et Öztürk, 2009). En effet, dans leur objectif d'évaluer le lien entre les traumatismes de l'enfance et la dissociation chez des patients avec des symptômes de conversion, Sar et al. ont (2009) trouvé que l'abus émotionnel est le seul prédicteur significatif de la dissociation qui semble être un médiateur entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité borderline parmi ces patients.

Examinant l'association entre le profil d'abus physique et de violence psychologique d'enfance de la part des parents et les deux dimensions de la santé mentale (affect négatif et bien-être psychologique) à l'âge adulte aux Etats-Unis, Greenfield et Marks (2010) ont trouvé que la fréquence de la violence psychologique est associée avec plus de symptômes affectifs négatifs et moins de bien-être psychologique à l'âge adulte, en considérant la mère. La fréquence de la violence physique des pères, même en l'absence de la violence psychologique, sert comme un facteur de risque d'une santé mentale pauvre.

Sarchiapone et al. (2009) dans une étude réalisée en France et en Italie sur trois groupes différents : 2 groupes de patients (1 en France et 1 en Italie) ayant fait une tentative de suicide et 1 groupe de patients psychiatriques en Italie sans antécédents de tentative de suicide, ont trouvé que les scores aux abus physique, sexuel et émotionnel étaient significativement plus élevés dans les groupes des patients avec tentative de suicide comparés au groupe sans antécédent de tentative de suicide.

Les traumatismes de l'enfance sont aussi liés à la survenue de l'état de stress post-traumatique sur la vie. Oquendo et al. (2005) ont trouvé que les patients souffrant de l'ESPT rapportaient plus d'histoire d'abus d'enfance que leurs homologues sans ESPT. Plus spécifiquement, il s'agit des abus sexuels et physiques avant l'âge de 16 ans.

Les agressions sexuelles et physiques de l'enfance sont également des prédicteurs des hallucinations auditives et visuelles (Shevlin et al., 2011). Selon Pirkola et al. (2005), la maladie mentale de la mère ou du père, le problème d'alcool chez la mère, le fait d'être brimé à l'école et la discorde familiale pendant l'enfance (entre 0 et 16 ans) prédisaient les troubles mentaux tels que les troubles dépressifs, les troubles anxieux ou l'abus d'alcool à l'âge adulte.

Le fait d'être témoin de la violence inter-parentale et les expériences de maltraitance physique dans l'enfance ont un lien avec les symptômes du PTSD et les problèmes comportementaux. En effet, en examinant cette relation, Shen (2009) a trouvé que la violence inter-parentale associée à la maltraitance physique de l'enfance est un prédicteur significatif des symptômes de traumatismes et des comportements à problèmes chez le jeune adulte. Selon Shen (2009), les facteurs culturels aussi jouent un rôle significatif dans la prédiction des symptômes traumatiques.

Examinant si la personnalité et les traumatismes de l'enfance sont corrélés aux facteurs de risque métaboliques aux Pays-Bas, van Reedt Dortland, Giltay, van Veen, Zitman et Penninx (2012) ont trouvé que les individus avec le trait de personnalité « ouverture » bas et ceux ayant rapporté un « abus sexuel d'enfance » ont un risque élevé de dyslipidémie et d'obésité abdominale.

### **1.2.2.1 Association entre les traumatismes de l'enfance et l'épisode dépressif majeur**

Les études tant rétrospectives que prospectives aboutissent à un même résultat principal : les traumatismes de l'enfance s'associent à la dépression à l'âge adulte. En examinant le rôle cumulatif des adversités de l'enfance et leur association avec la dépression à l'âge adulte, Chapman et al. (2004) ont trouvé que l'abus émotionnel accroît les risques de présence d'EDM sur la vie entière, d'une part, et d'autre part, plus le score ou le nombre des traumatismes de l'enfance est élevé, et plus la probabilité de survenue de la dépression récente ou sur la vie entière est grande.

Widom, DuMont et Czaja (2007), dans une étude prospective menée aux USA, ont examiné la comorbidité entre les abus et négligences de l'enfance et l'EDM à l'âge adulte. Les résultats montraient que les adultes ayant au moins un antécédent de traumatismes de l'enfance présentaient plus de symptômes de troubles dépressifs comparés aux contrôles. Les abus physiques et les négligences sont liés au risque élevé de présence d'EDM contrairement aux abus sexuels. Dans cette étude, Widom et al. (2007) ont également trouvé que le début de l'EDM est de survenue plus précoce dans le groupe des individus abusés dans leur enfance comparé au groupe témoin.

Pour leur part, Gibb, Chelminski et Zimmermann (2007) ont trouvé que le diagnostic d'EDM est plus associé à l'abus émotionnel qu'à l'abus physique ou sexuel. Des travaux ont examiné la fréquence et l'intensité des traumatismes et leur association avec l'EDM à l'âge adulte. Pour Tucci, Kerr-Corrêa et Souza-Formigoni (2010), au Brésil, la fréquence et l'intensité des abus émotionnels, physiques et sexuels chez les sujets ayant un diagnostic de dépression sont significativement plus élevées que chez les témoins d'une part, et d'autre part chez les femmes que chez les hommes.

Les abus émotionnels d'enfance prédisent les symptômes dépressifs à l'âge adulte (Wingenfeld et al., 2011). D'autres études ont rapporté une prévalence élevée des traumatismes de l'enfance dans plusieurs troubles mentaux dont les troubles de la personnalité et la dépression (Heim, Bremner et Nemeroff, 2006 ; Maercker, Michael, Fehm, Becker et Margraf, 2004 ; Zanarini et al., 1997).

Les maltraitances de l'enfance, non seulement s'associeraient à la dépression mais aussi elles interviendraient dans sa survenue, son évolution et sa sévérité. Bernet et Stein (1999), aux

USA, avaient pour objectifs de déterminer la prévalence des traumatismes de l'enfance parmi des patients déprimés et d'examiner l'association entre ces rappels rétrospectifs de maltraitances de l'enfance et le début, le parcours de la dépression à l'âge adulte. Les patients déprimés rapportaient plus d'abus émotionnels, de négligence émotionnelle et d'abus physique que les sujets contrôles. Parmi les sujets déprimés, la sévérité des traumatismes de l'enfance (en l'occurrence l'abus émotionnel) prédisait 25 à 28% de la variance de l'âge du début du premier épisode dépressif (début précoce) et le nombre des symptômes dépressifs de la vie (plus d'épisodes). Bernet et Stein (1999) ont trouvé que les sujets rapportant plus de traumatismes d'enfance, présentaient également plus de comorbidités de pathologies psychiatriques de façon significative que les déprimés sans histoire de traumas d'enfance.

Partant du fait que la dépression est le plus commun aboutissement de l'abus sexuel de l'enfance, Teicher, Samson, Polcari et Andersen (2009) ont examiné le temps séparant l'abus initial et le début de l'épisode dépressif majeur auprès de 564 jeunes adultes âgés de 18 à 22 ans. Dans cette étude, 62% des sujets victimes d'abus sexuel ont rempli le critère d'épisode dépressif majeur. Les épisodes dépressifs surviennent en moyenne 9,2 (écart-type = 3,6) ans après l'exposition à l'abus sexuel.

Les traumatismes de l'enfance exercent des effets directs et indirects sur les symptômes dépressifs chez les jeunes adultes. Examinant si les traumatismes cumulatifs de l'enfance et de l'adolescence sont associés aux symptômes dépressifs chez les jeunes adultes, Turner et Butler (2003) ont exploré les facteurs médiateurs de cette association. Ces auteurs ont trouvé qu'un niveau élevé de trauma est associé à la fois au début précoce du trouble dépressif et aux symptômes dépressifs tardifs. Bien qu'une partie de l'association entre les adversités de l'enfance et la dépression chez les jeunes adultes soit directe, une grande part de ce lien est expliquée par des effets médiateurs tels que le stress tardif, l'estime de soi bas et le début précoce du trouble (Turner et Butler, 2003).

En Italie, Sarchiapone, Carli, Cuomo et Roy (2007) ont examiné les traumatismes de l'enfance comme prédictors du comportement suicidaire chez les patients déprimés. Les résultats montraient que les patients ayant fait une tentative de suicide ont vécu plus de traumatismes d'enfance que ceux sans antécédents de tentative de suicide. De façon spécifique, les scores à l'abus total (score total des abus et négligence d'enfance), à l'abus émotionnel et à la négligence émotionnelle sont plus élevés chez les patients avec antécédents de tentative de suicide que chez ceux sans antécédents.

La relation entre les traumatismes de l'enfance et la dépression a été abordée de plusieurs façons. En effet, la dépression pourrait servir d'effet médiateur entre les traumatismes de l'enfance et d'autres troubles. L'étude de Kong et Bernstein (2009) va dans le même sens et trouve que l'abus émotionnel, la négligence physique et l'abus sexuel sont des prédicteurs significatifs des pathologies alimentaires d'une part, et d'autre part, que la dépression servait de médiateur complet dans l'association entre certaines formes de traumatismes de l'enfance et les psychopathologies alimentaires.

### **Traumatismes de l'enfance, événements de vie à l'âge adulte et dépression**

Si de nombreuses études établissent le lien entre les traumatismes de l'enfance et la dépression à l'âge adulte, il semble que la pathogenèse de la dépression ne se limite pas exclusivement aux adversités de l'âge précoce. Les événements de vie à l'âge adulte interviendraient dans le processus qui conduit les traumatisés d'enfance à la dépression. En Finlande, Korkeila et al. (2010) ont cherché à savoir si l'exposition aux événements de vie sert de médiation entre les traumatismes de l'enfance et la dépression à l'âge adulte. Les principaux résultats montrent que les adversités de l'enfance sont liées à une forte probabilité d'existence de nombre élevé d'événements de vie à l'âge adulte, et le contrôle de ces événements de vie atténue la relation entre les adversités de l'enfance et la dépression. L'exposition élevée aux événements de vie avant la dépression peut partiellement expliquer la relation entre les adversités de l'enfance et la dépression à l'âge adulte (Korkeila et al., 2010).

Dans une précédente étude, Korkeila et al. (2005) ayant évalué cette inter-association ont trouvé que les adversités de l'enfance, combinées aux récents événements de vie, sont associées à la dépression de façon additive.

Pour leur part, Comijs et al. (2007) ont aussi trouvé des associations entre les symptômes dépressifs à l'âge adulte et les adversités de l'enfance et les événements de vie récents à l'âge adulte. Les personnes victimes de maladie physique sévère dans leur enfance ont un risque de 3,26 fois de souffrir la dépression à l'âge adulte.

De nombreuses études soutiennent que le lien entre les traumatismes de l'enfance et les psychopathologies à l'âge adulte serait établi par d'autres facteurs tels que l'environnement. Bien qu'une myriade de facteurs environnementaux comme l'adoption, le divorce ou la maladie mentale des parents, la pauvreté, et d'autres événements traumatiques survenant dans

l'enfance peuvent avoir des impacts consécutifs, il est soutenu qu'ils n'ont pas un effet direct sur la santé mentale de l'adulte (Bifulco, Brown et Adler, 1991 ; Kinzl, Traweger, Guenther et Biebl, 1994).

En Ouganda, Kinyanda et al. (2011), en examinant les déterminants sociaux et des événements de vie de la dépression dans le contexte socioculturel africain, ont trouvé que les facteurs socioéconomiques et sociodémographiques, opérant ensemble comme un facteur écologique et le niveau individuel, sont de forts déterminants indépendants de la dépression. Les facteurs indépendamment liés à la dépression étaient : le facteur écologique, l'âge, les indices de pauvreté et de privation. Les événements de vie sont moins fortement associés à la dépression dans leur échantillon constitué de participants issus des milieux ruraux de l'Ouganda.

Les traumatismes de l'enfance sont associés non seulement à la dépression à l'âge adulte, ils ont également des liens avec les troubles et les dimensions de la personnalité.

### **1.2.2.2 Association entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité**

Nombreuses sont les études menées pour établir le lien entre les traumatismes de l'enfance et les perturbations de la personnalité tant du point de vue catégoriel (troubles de la personnalité) que dimensionnel.

#### *1.2.2.2.1 Traumatismes de l'enfance et troubles de la personnalité*

L'association entre les traumas de l'enfance et les troubles de la personnalité a été examinée en considérant soit un seul type de trauma et plusieurs troubles de la personnalité, soit un trauma et un trouble de la personnalité ou encore entre plusieurs traumas et des types de la personnalité à la fois.

L'ensemble des études soutient que les traumatismes de l'enfance sont des facteurs de risque de présence réelle ou probable de troubles de la personnalité à l'âge adulte. Les individus ayant eu des abus d'enfance quels qu'ils soient, présentent plus de symptômes de troubles de la personnalité que les témoins. Tyrka, Wyche, Kelly, Price et Carpenter (2009), ont trouvé aux USA dans une population non-clinique, que les sujets victimes d'abus physique/sexuel et ceux victimes d'abus/négligence émotionnelle présentaient plus de symptômes de troubles de la personnalité aux trois clusters du DSM, comparés aux contrôles. Les abus physique/sexuel, les abus/négligence émotionnelle étaient des facteurs de risque de la survenue des troubles de la personnalité. L'association des symptômes élevés dans les 2 groupes d'abus était également observée pour des troubles de la personnalité spécifiques.

Dans une étude rétrospective faite en Australie, Carr et Francis (2009) ont confirmé que les étudiants ayant des antécédents de traumatisme élevé ou sévère présentaient plus de symptômes de troubles de la personnalité, comparés aux contrôles, groupe de sujets avec traumatismes faible ou bas. Dans cette étude avec un effectif de 178 individus avec un moyen d'âge de 27,18 ans ( $n_1 = 54$ , groupe avec présence de trauma élevé et  $n_2 = 124$ , groupe avec trauma bas, faible ou absence de trauma), Carr et Francis (2009) ont utilisé le CTQ et le PDQ-4+ pour l'évaluation des sujets. Les auteurs, en contrôlant les symptômes dépressifs, l'anxiété et les dysfonctionnements familiaux, ont confirmé que les traumatismes de l'enfance contribuaient au développement des symptômes des troubles de la personnalité. De façon spécifique, Carr et Francis, en contrôlant la dépression et l'anxiété, ont trouvé que le groupe de sujets rapportant un abus dans l'enfance présentaient plus de symptômes de troubles des personnalités schizoïde, schizotypique et obsessionnelle-compulsive.

Les abus physiques, sexuels et les négligences sont associés aux symptômes élevés des troubles de la personnalité. Plus spécifiquement, les personnes ayant eu un abus ou une négligence d'enfance présentaient plus de 4 fois un risque de développer un trouble de la personnalité à l'âge adulte en comparaison aux témoins (Johnson, Cohen, Brown, Smailes et Bernstein, 1999). Dans cette étude, après avoir contrôlé statistiquement l'âge, l'éducation des parents et les troubles psychiatriques des parents, Johnson et al. (1999) ont trouvé que l'abus physique est associé aux symptômes élevés des personnalités antisociale, borderline, dépendante, passive-agressive, schizoïde et au trouble total de la personnalité. L'abus sexuel est associé aux symptômes élevés des personnalités borderline, histrionique, dépressive et au nombre total des troubles de la personnalité. Les négligences de l'enfance sont significativement associées aux symptômes élevés des personnalités antisociale, borderline,

dépendante, narcissique, paranoïaque, passive-agressive, schizotypique et au nombre total de troubles de la personnalité. En résumé, selon les travaux de Johnson et al. (1999), les personnes victimes de maltraitances de l'enfance, quelles qu'elles soient présentaient un risque élevé des troubles de la personnalité du cluster B, du cluster C et des personnalités négativiste et dépressive chez les jeunes adultes.

Une autre étude réalisée par Grover et al. (2007) a confirmé que les sujets ayant été abusés dans leur enfance présentaient plus de symptômes de troubles de la personnalité, comparés aux contrôles. Les sujets du groupe d'abus avaient plus de symptômes cliniques des troubles des personnalités paranoïaque, narcissique, borderline, antisociale, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et dépressive, en comparaison aux sujets sans abus d'enfance.

Les abus physiques et sexuels seraient également liés à certaines dimensions de la personnalité schizotypique. Les individus ayant été victimes d'abus physiques ou sexuels rapportent des niveaux élevés de paranoïa/caractère suspect et d'expériences perceptives inhabituelles, mais des scores bas aux pensées magiques. Les individus ayant souffert d'abus émotionnel ne présentaient de score élevé sur aucune de ces trois dimensions de schizotypie (Steel, Marzillier, Fearon et Rudle, 2009).

Les traumatismes de l'enfance s'associent également à la personnalité antisociale et aux symptômes dissociatifs. En effet, dans leurs travaux, Semiz, Basoglu, Ebrinc et Cetin (2007) ont trouvé plus d'abus sexuels, d'abus physiques et des négligences d'enfance, et des séparations précoces des parents chez les sujets antisociaux que chez les contrôles. Toutes ces expériences traumatiques de l'enfance sont des prédicteurs significatifs du trouble de la personnalité antisociale.

D'autres études ont confirmé l'association entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité borderline ou limite (Hill, 2005 ; Paris, 1996). Dans son étude, Paris (1996) a trouvé dans le groupe des patients limites, beaucoup de cas d'agressions sexuelles d'enfance en comparaison aux sujets des autres groupes de troubles de la personnalité. Pour Hill, les abus d'enfance ne sont pas les seuls facteurs à entraîner les troubles de la personnalité mais leur interaction avec d'autres facteurs, rendraient les individus vulnérables. De façon spécifique, les études de Hill (2005) et de Yen et al. (2002), entre autres, ont rapporté que le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte est associé à l'abus sexuel dans l'enfance.

En Egypte, El-Hosseiny, Mounir, Mahdy et Abu-Nazel (2004) ont trouvé que l'exposition à l'abus physique et à l'abus sexuel dans l'enfance augmentait significativement la probabilité d'avoir un ou plusieurs troubles de la personnalité à l'âge adulte.

Le fait d'être martyrisé dans l'enfance est associé au trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte (Sansone, Lam et Wiederman, 2010). Dans leur étude transversale réalisée aux Etats-Unis sur 414 participants ayant répondu s'ils ont été martyrisés dans leur enfance ou non, Sansone et al. (2010) ont trouvé que le fait d'être martyrisé ou brutalisé dans l'enfance est significativement associé aussi bien aux mesures du trouble de la personnalité borderline, au nombre des comportements étranges qu'aux mesures d'utilisation de soins en santé mentale.

Pour Zhang, Chow, Wang, Dai et Xiao (2012), le rôle des expériences traumatiques de l'enfance contribuant aux types variés de troubles de la personnalité, comme le trouble de la personnalité évitante (Yen et al., 2002), le trouble de la personnalité borderline (Sansone, Gaither et Songer, 2002 ; Trull, 2001 ; Weaver et Clunn, 1993), et le trouble de la personnalité antisociale (Luntz et Widom, 1994), a été remarquable.

En explorant la relation entre les types de traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité dans une population clinique à Shanghai (Chine), Zhang et al. (2012) ont trouvé une corrélation positive entre les troubles du cluster B et tous les types d'abus du CTQ sauf la négligence physique. Une corrélation positive est trouvée entre les troubles de la personnalité du cluster A et l'abus émotionnel tandis que le cluster C n'est lié à aucun type d'abus d'enfance. De façon spécifique, en utilisant l'analyse de régression, l'abus émotionnel et la négligence émotionnelle prédisaient le cluster A, l'abus émotionnel, l'abus physique et la négligence émotionnelle prédisaient le cluster B alors que la négligence émotionnelle seule prédisait le cluster C. Les résultats de Zhang et al. (2012) confirmaient les travaux antérieurs selon lesquels l'abus sexuel de l'enfance est plus élevé chez les individus avec le trouble de la personnalité borderline (Soloff, Feske et Fabio, 2008 ; Bandelow et al., 2005 ; Sansone, Songer et Miller, 2005), alors que les personnes avec les traits de personnalité antisociaux rapportaient une incidence élevée d'abus physique (Luntz et Widom, 1994 ; Johnson et al., 1999).

Pour Finzi-Dottan et Karu (2006), l'organisation défensive immature et l'estime de soi faible servent d'intermédiaires dans le processus conduisant de l'expérience d'abus émotionnel d'enfance à la personnalité psychopathologique à l'âge adulte.

Afifi et al. (2011) ont confirmé que les événements négatifs de l'enfance étaient très fréquents chez les individus avec des troubles de la personnalité dans la population générale et que ces événements négatifs sont conséquemment liés aux troubles de la personnalité schizotypique, antisociale, borderline et narcissique. L'abus et la négligence d'enfance sont les plus robustes événements négatifs de l'enfance associés aux troubles de la personnalité des clusters A et B. Afifi et al. (2011) ont trouvé que les événements négatifs de l'enfance n'étaient pas associés aux troubles de la personnalité du cluster C. Cependant, en considérant chaque type de trouble de la personnalité, la négligence émotionnelle est associée avec le trouble de la personnalité évitante, le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et aucune relation significative n'est trouvée entre les événements négatifs de l'enfance et le trouble de la personnalité dépendante.

Les études cliniques ont montré que les expériences infantiles d'abus physique, d'abus sexuel, d'abus émotionnel, de négligence physique et de négligence émotionnelle sont communes parmi les patients avec des troubles de la personnalité (Battle et al., 2004 ; Bierer et al., 2003 ; Johnson, Shehan et Chard, 2004 ; Luntz et Widom, 1994 ; Rettew et al., 2003 ; Yen et al., 2002 ; Zonarini et al., 1989, 1997, 2000, 2002).

McLean et Gallop (2003) ont étudié 65 femmes ayant subi un traumatisme infantile, précoce ou tardif. Le nombre de la personnalité borderline et le syndrome post-traumatique sont beaucoup plus fréquents chez les patientes ayant subi un traumatisme précoce, avant 12 ans.

Grilo et Masheb (2002) ont trouvé que chez les patients boulimiques adultes, l'abus émotionnel d'enfance était significativement lié aux troubles de la personnalité du cluster C et spécifiquement avec le trouble de la personnalité évitante.

Examinant le lien entre les abus d'enfance et les troubles de la personnalité chez 228 femmes dépendantes aux substances psychoactives (cocaïne pour la plupart), Haller et Miles (2004) ont trouvé que les survivantes à l'abus émotionnel et sexuel avaient des risques élevés de troubles de la personnalité borderline, masochiste et évitante alors que le risque d'avoir une personnalité narcissique était diminué. Les survivantes à l'abus émotionnel d'enfance étaient moins sadiques alors que les femmes ayant rapporté l'abus physique dans leur enfance étaient paranoïaques. Les femmes victimes d'abus sexuels dans leur enfance avaient deux fois plus de risque d'être antisociales. Haller et Miles (2004) ont enfin trouvé qu'une prévalence élevée de troubles sévères de la personnalité (schizotypique, borderline et paranoïaque) était observée chez les femmes ayant vécu plusieurs types de traumatismes d'enfance.

Selon certains auteurs, les maltraitances précoces de l'enfance ne seraient pas liées à un trouble particulier de la personnalité (Lançon, 2009).

#### *1.2.2.2 Traumatismes de l'enfance et dimensions de la personnalité*

Les traumatismes de l'enfance se répercutent non seulement sur les troubles de la personnalité mais s'associent également aux perturbations de la personnalité du point de vue dimensionnel. Cependant les recherches qui ont exploré les associations entre les traits de personnalité et les traumatismes ou adversités de l'enfance semblent être moins nombreuses que celles se rapportant aux troubles de la personnalité. Les recherches examinant l'influence des traumatismes de l'enfance sur la personnalité à l'âge adulte, se sont focalisées presque exclusivement sur le DSM-IV qui est basé sur les troubles de la personnalité (Allen et Lauterbach, 2007).

Aux Etats-Unis, Allen et Lauterbach (2007) ont examiné les différences de personnalité des survivants adultes victimes des traumatismes de type 1, de type 2 (selon la classification de Terr (1991)) et d'un groupe de contrôles. En utilisant la version abrégée du Big Five de Goldberg, Allen et Lauterbach (2007) ont trouvé que les groupes d'individus avec les traumatismes rapportaient des scores plus élevés que les contrôles aux dimensions névrosisme et ouverture aux expériences nouvelles. Le groupe de traumatisme de type 1 présente un score inférieur au groupe contrôle à la dimension dépendance interpersonnelle alors que le groupe de traumatisme de type 2 présente un score plus élevé que le groupe contrôle sur cette dimension.

Les altérations de la personnalité sont liées aux traumatismes de l'enfance tels que l'abus émotionnel et la négligence émotionnelle (Bierer et al., 2003), ou à l'abus physique (Berkowitz, 2004).

En examinant si les traumas précoces ou prolongés influencent le développement de la personnalité dans une direction spécifique, les études ont trouvé l'existence de concordance entre l'exposition aux traumatismes précoces et la formation de certains traits de personnalité (Daud, af Klinteberg et Rydelius, 2008 ; McFarlane et De Girolamo, 1996). Selon van Der Kolk et McFarlane (1996), les traumatisations précoces pourraient être la pierre angulaire dans la malformation des traits de personnalité. Herman (1992) considère que beaucoup

d'études ont montré que les traumatismes de l'enfance déforment la personnalité. De façon spécifique, Adam, Everett et O'Neal (1992) ont trouvé que les victimes d'abus physique de l'enfance présentaient des inadaptations sociales, émotionnelles et comportementales qui sont les résultats de perturbations de leur personnalité. Cherchant le lien entre les maltraitances de l'enfance et les traits de personnalité à l'âge adulte auprès de 160 patients suivis en ambulatoire, Fosse et Holen (2007) ont trouvé que le fait d'être martyrisé par ses pairs était lié à une faible estime de soi et que les maltraitances d'enfance des parents étaient liées aux cinq dimensions de la personnalité selon le Big Five.

Rogosch et Cicchetti (2004) ont trouvé que les enfants maltraités par ceux qui les ont en charge, présentaient des scores bas à l'agréabilité, à la conscience et à l'ouverture aux expériences et un score élevé à la dimension névrosisme. Les enfants maltraités avaient une faible estime de soi (Bolger, Patterson et Kupersmidt, 1998 ; Fosse et Holen, 2007) et plus de représentation de soi négative (Toth, Cicchetti, Macfie et Emde, 1997). Les enfants martyrisés présentaient des scores élevés au névrosisme et des scores bas à l'agréabilité, à la conscience et à l'extraversion (Slee et Rigby, 1993 ; Tani, Greenman, Schneider et Fregoso, 2003).

Les traumatismes de l'enfance sont liés à l'impulsivité à l'âge adulte (Roy, 2005). En effet, dans son étude réalisée sur 268 patients abstinents à la dépendance aux drogues, Roy (2005) a trouvé l'existence d'association significative entre les scores des traumatismes de l'enfance (mesurés par le CTQ) et les scores à l'impulsivité (mesurés par l'échelle d'impulsivité de Barratt). Roy (2005) considérait que les traumatismes de l'enfance pouvaient être des facteurs contribuant à l'émergence de l'impulsivité à l'âge adulte. Roy (2002), dans une autre étude a trouvé l'existence de lien entre le névrosisme et le score total des traumatismes de l'enfance (score total du CTQ) et les traumatismes spécifiques tels que l'abus émotionnel, l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence émotionnelle et la négligence physique. Les résultats des études de Lysaker, Meyer, Evans, Clements et Marks (2001) vont dans le même sens et montrent que les individus victimes d'abus sexuel dans l'enfance avaient des scores élevés à la dimension névrosisme, en comparaison aux individus sans abus sexuel d'enfance. Roy (2001) a également trouvé que les traumatismes de l'enfance étaient liés à la dimension « hostilité » à l'âge adulte. Les scores aux sous-échelles des traumatismes de l'enfance sont significativement corrélés au score total de l'hostilité.

McFarlane et al. (2005) ont trouvé dans leur étude multicentrique réalisée dans trois continents (Europe, Amérique et Océanie) que les stress de vie précoces sont associés aux

scores élevés aux dimensions « névrosisme » et « ouverture » et aux scores bas à la dimension « conscience » à l'âge adulte. Des travaux antérieurs ont également trouvé l'association entre les traumatismes de l'enfance et le névrosisme à l'âge adulte (Ernst, Angst et Földényi, 1993 ; Karesh, 1995). Dans une étude menée en France sur le comportement suicidaire des prisonniers, Godet-Mardossian, Jehel et Falissard (2011) ont trouvé que les adversités de l'enfance réduisaient les dimensions détermination, la coopération et la transcendance chez les détenus, ce qui influençait le développement de leur idéation suicidaire.

### **1.2.2.3 Association entre la personnalité et la dépression**

#### *1.2.2.3.1 Troubles de la personnalité et dépression*

Beaucoup de recherches ont examiné l'existence d'association entre les troubles de la personnalité et le trouble dépressif. La plupart de ces travaux considèrent les troubles de la personnalité comme des vulnérabilités à la survenue de la dépression et qu'ils ont un lien dans le résultat du traitement de l'EDM. Iacoviello, Alloy, Abramson, Whitehouse et Hogan (2007) ont examiné les troubles des clusters B et C comme prédicteurs de quatre indicateurs (sévérité, durée de l'épisode, chronicité symptomatique et nombre des épisodes) dans le parcours de la dépression. Le cluster B prédisait la sévérité et la durée de la dépression alors que le cluster C prédisait sa chronicité (Iacoviello et al., 2007). Les clusters B et C sont également considérés comme des facteurs de risque de rechute dans la dépression (Ilardi, Craighead et Evans, 1997).

De leur côté, Hart, Craighead et Craighead (2001) recommandent que les mesures dimensionnelles soient utilisées en explorant les comorbidités des troubles de l'axe II avec l'épisode dépressif majeur. Ainsi le score dimensionnel des troubles du cluster B étaient positivement associés au risque élevé de récurrence de la dépression et la pathologie du cluster B entraînait la plus grande augmentation dans la sévérité des symptômes dépressifs (Hart et al., 2001).

Alnæs & Torgersen (1997) ont trouvé que le trouble de la personnalité borderline, ensemble avec le trouble de la personnalité évitante prédisaient de nouveaux cas de dépression dans leur population d'étude d'une part, et d'autre part, la comorbidité et les troubles de la personnalité

comptent pour la chronicité et le pronostic dans la dépression majeure. Les troubles de la personnalité borderline et les traits de personnalité dépendante prédisaient les rechutes.

Dans une étude récente cherchant à établir le lien entre les troubles de la personnalité et le parcours (évolution) de l'épisode dépressif majeur, Skodol et al. (2011) ont trouvé que la personnalité limite est un robuste prédicteur de la persistance de l'épisode dépressif. Aucun trouble de la personnalité ne prédisait la récurrence de la dépression.

Dans une revue de littérature, Newton-Howes et al. (2006) ont trouvé une comorbidité entre les troubles de la personnalité et la dépression et que cette comorbidité multipliait par deux le risque de mauvais résultat dans le traitement de la dépression. Dans cette étude, les patients déprimés avec un double diagnostic de trouble de la personnalité répondaient moins à tout type de traitement sauf à l'électro-convulsivothérapie (ECT).

Examinant la comorbidité entre les troubles de la personnalité et la dépression chez des vétérans avec un double diagnostic de PTSD et de dépression, Dunn et al. (2004) ont trouvé que 52 des 115 vétérans (45,2%), avaient un ou plusieurs troubles de la personnalité et que 19 (16,5%) avaient deux troubles de la personnalité ou plus. Les troubles de la personnalité les plus retrouvés étaient : les personnalités paranoïaque (17,4%), obsessionnel-compulsive (16,5%), évitante (12,2%) et borderline (8,7%). Le nombre des symptômes des troubles de la personnalité dans l'échantillon des patients avec un double diagnostic de PTSD et de dépression, était significativement lié à la sévérité de la dépression et non à celle du PTSD (Dunn et al., 2004).

Explorant le rôle de la personnalité dans la dépression du sujet âgé, Nubukpo, Hartman et Clément (2005) ont trouvé une prévalence de troubles de la personnalité plus élevée chez les patients présentant une dépression à début précoce que chez ceux présentant une dépression à début tardif. La personnalité évitante était le trouble le plus fréquemment observé par Nubukpo et al. (2005) dans leur étude.

Fogel et Westlake (1990), en évaluant la prévalence des troubles de la personnalité chez 2322 patients soignés pour dépression aux Etats-Unis, ont trouvé 367 cas des troubles de l'axe 2 soit 15,8% des cas. Les patients âgés de plus de 65 ans avaient une fréquence significativement plus basse des troubles de la personnalité sauf pour le trouble de la personnalité compulsive. Koenigsberg, Kaplan, Gilmore et Cooper (1985) ont trouvé que les

troubles de la personnalité peuvent être présents chez un quart des patients âgés de 65 ans ou moins ( $\leq 65$  ans) avec dépression majeure.

Pour Gunderson et Phillips (1991), certains troubles de la personnalité (en l'occurrence le trouble de la personnalité borderline) augmentent la vulnérabilité aux troubles dépressifs et à d'autres troubles de l'axe I.

Les recherches qui ont examiné les associations des troubles de la personnalité avec les symptômes dépressifs subséquents ont été focalisées sur l'ensemble des symptômes des troubles de la personnalité (Johnson et Bornstein, 1991 ; Johnson et al., 1996), les clusters des troubles de la personnalité (Daley et al., 1999) ou sur un nombre limité de trouble de la personnalité (Kwon et al., 2000).

Dans une étude prospective longitudinale réalisée aux Etats-Unis, Johnson, Cohen, Kasen et Brook (2005) ont trouvé que certains traits de personnalité contribuaient au développement de la dépression unipolaire et à sa récurrence au milieu de l'âge adulte. De façon spécifique, les traits des troubles des personnalités antisociale, borderline, dépendante, dépressive, histrionique et schizotypique identifiés entre 14 et 22 ans, étaient significativement liés à l'épisode dépressif majeur à l'âge moyen de 33 ans, après avoir contrôlé les antécédents de dépression unipolaire et des autres troubles psychiatriques. Les individus sans antécédent de dépression unipolaire et remplissant au moins un critère de trouble de la personnalité à l'âge moyen de 22 ans, avaient un risque élevé de dépression à l'âge moyen de 33 ans. De plus, Johnson et al.(2005) ont trouvé que les individus, avec des troubles de la personnalité des clusters A et C à l'âge moyen de 22 ans, avaient un risque élevé de dépression unipolaire récurrente ou chronique.

D'autres études antérieures suggèrent que les clusters A (Daley et al., 1999 ; Klein, 2003), B (Daley et al., 1999 ; Dyck et al., 2001 ; Klein, 2003 ; Perry, Lavori, Pagano, Hoke, & O'Connell, 1992), C (Dyck et al., 2001 ; Marin, Kocsis, Frances et Klerman, 1993 ; Pilkonis et Frank, 1988), et les traits du trouble de la personnalité dépressive (Klein et Shih, 1998 ; Klein, 2003 ; Kwon et al., 2000) peuvent être associés à la survenue ou à la récurrence de la dépression unipolaire.

#### 1.2.2.3.2 Dimensions de la personnalité et dépression

Les études prospectives et rétrospectives montrent que les personnes ayant un trait de névrosisme élevé ont un réel risque d'avoir des symptômes dépressifs dans leur vie. L'étude de Kendler, Gatz, Gardner et Pederson (2006) va dans le même sens et soutient l'association entre le névrosisme et la dépression. En effet dans leur étude longitudinale, Kendler et al. (2006) ont trouvé que le névrosisme prédisait fortement le risque de dépression dans la vie et que l'extraversion est faiblement et inversement liée au risque de dépression dans la vie.

De façon spécifique, les patients du groupe de dépression atypique présentaient des scores significativement plus élevés aux sous-dimensions « impulsivité » et « colère-hostilité » pour la dimension *Névrosisme*, et des scores plus bas à la sous-dimension « délibération/discussion » pour la dimension *Conscience* (Chopra et al., 2005).

Une autre étude a confirmé que le névrosisme, les événements de vie et les pensées automatiques négatives sont associées à la dépression chez les adolescentes (Kercher, Rapee et Schniering, 2009). En testant le modèle qui tient compte à la fois du névrosisme, de la production du stress et des pensées automatiques négatives dans le développement des symptômes dépressifs chez des adolescentes (N = 896 avec un âge moyen de 12,3 ans), Kercher et al. (2009) ont trouvé que le névrosisme entraîne une vulnérabilité à la dépression et que les événements de vie négatifs et les pensées automatiques négatives jouaient un rôle de médiateur total dans l'effet du névrosisme sur la dépression ultérieure.

Farmer et al. (2002) ont trouvé que le névrosisme et l'extraversion sont corrélés à l'humeur et aux mesures des événements de vie. Il n'existe pas de différence entre les patients dépressifs et les contrôles en considérant les mesures du névrosisme et de l'extraversion.

#### 1.2.2.4 Association entre les traumatismes de l'enfance, la personnalité et la dépression

Des recherches ont examiné à la fois l'inter-association entre les traumatismes de l'enfance, la personnalité et la dépression à l'âge adulte. La plupart de ses études ont examiné si la personnalité avait un effet médiateur entre les traumatismes de l'enfance et la dépression. Par

exemple, Moskvina et al. (2007) dans leur étude, ont examiné l'interaction des traumatismes de l'enfance avec le névrosisme et la dépression. Ils ont trouvé que les traumatismes de l'enfance jouaient un rôle important dans la survenue de la dépression, que le névrosisme est significativement corrélé à la dépression et que cependant, il n'existe pas de corrélation significative entre les traumatismes de l'enfance et les dimensions de la personnalité que sont le névrosisme et l'extraversion. Une première étude faite au Japon a exploré les effets médiateurs de la personnalité dans la relation entre les liens déficitaires des parents et la survenue de l'EDM à l'âge adulte (Sato, Uehara, Narita, Sakado et Fujii, 2000). Les principaux résultats de Sato et al. rejettent l'hypothèse selon laquelle les mauvaises attitudes parentales vécues dans l'enfance entraînaient un dysfonctionnement de la personnalité, lequel prédispose au développement de l'EDM à l'âge adulte. Les études de Moskvina et al. (2007) et Sato et al. (2000), abordant la personnalité du point de vue dimensionnel dans la relation entre les TE et l'EDM, ont trouvé que la personnalité ne joue pas un rôle médiateur entre les traumatismes (ou adversités) de l'enfance et la dépression à l'âge adulte.

En résumé, nous retiendrons que la santé mentale à l'âge adulte est en partie liée aux traumatismes de l'enfance. Cependant, il est à noter que tous les enfants traumatisés ne deviennent pas forcément des malades mentaux à l'âge adulte. Des facteurs tels que l'environnement social et la résilience peuvent intervenir dans cette variation de réponses face aux traumas de l'enfance.

### 1.3 FACTEURS INFLUENÇANT L'ÉVOLUTION PSYCHOLOGIQUE DES INDIVIDUS SUITE AUX TRAUMAS DE L'ENFANCE

L'exposition à un événement traumatisant grave n'entraîne pas systématiquement des conséquences psychologiques néfastes. La survenue de symptômes psychopathologiques liés au trauma, leur fréquence et leur intensité sont influencées par les paramètres de l'événement, des facteurs propres à la victime et les facteurs caractéristiques du milieu de récupération ou facteurs post-traumatiques.

### *1.3.1 LES VARIABLES LIÉS A L'ÉVÉNEMENT*

Selon Josse (2011, p.34-35), la sévérité d'un incident critique est fonction de sa nature, de sa durée et de sa fréquence. Le lien entre la gravité objective d'un événement et son impact est plus relatif chez l'enfant que chez l'adulte. Plus le sujet est jeune, plus le facteur déterminant de sa souffrance semble être le vécu subjectif de son entourage direct. De nombreux facteurs liés à l'événement stressant peuvent jouer un rôle dans l'évolution psychologique de l'enfant suite à la situation potentiellement traumatique. Il s'agit de :

L'intensité et la gravité de l'événement : perte tragique d'une personne jouant un important rôle dans la vie de l'enfant, violences sexuelles, maltraitance physique, toute sorte de négligence grave, violence psychologique, accidents graves, exposition à un danger vital pour soi ou pour autrui et la confrontation à la mort d'autrui, etc.

Le degré d'exposition aux facteurs traumatisants : durée, récurrence ou risque de récurrence de l'événement traumatique, fréquence, multiplicité des facteurs traumatisants, proximité physique de l'agent stressant, etc.

L'identité de l'agresseur et sa proximité relationnelle avec la victime : le risque de trauma est plus important si l'agresseur est une personne ayant autorité morale et/ou jouissant de la confiance de l'enfant ou du jeune (Mouren-Simeoni, 1994). Il peut s'agir d'un membre de la famille, de l'institution de placement où vit l'enfant, des amis et connaissances de la famille, baby-sitter, nourrice, éducateurs, enseignants, voisins, religieux, etc.

L'absence ou la présence des parents et/ou d'adultes avec des réactions adéquates ou inadéquates pendant la survenue de l'événement traumatisant.

L'ensemble des variables liés à l'événement peut se résumer ainsi : la sévérité d'un événement adverse est fonction de sa nature, de sa durée et de sa fréquence. Dans les cas de violence, l'identité de l'agresseur et sa proximité relationnelle avec le nourrisson, l'enfant ou l'adolescent constituent également des variables possédant un pouvoir traumatique important (Josse, 2011).

### *1.3.2 LES VARIABLES LIEES A L'ENFANT*

La réaction à court, moyen ou long terme d'un enfant face à un événement potentiellement traumatique est fonction de son âge et de son développement, de sa personnalité, de ses antécédents et des facteurs de vulnérabilité qui lui sont propres.

L'âge de l'enfant et son stade de développement : même si les enfants de tous les âges peuvent présenter des symptômes d'ESPT et des altérations de la personnalité, le type d'événement pouvant se révéler traumatisant et les réactions des jeunes victimes diffèrent selon leur maturité émotionnelle et cognitive.

La personnalité et les facteurs de vulnérabilité propres à l'enfant et à ses antécédents : plusieurs facteurs antérieurs et postérieurs à la situation traumatique sont susceptibles d'affecter la psychologie de jeune enfant. Les événements douloureux tels que les pertes, séparations, maladies, accidents graves, la qualité de l'attachement précoce entre l'enfant et sa mère ou son substitut, etc. interviennent dans le développement des troubles ultérieurs.

Certaines caractéristiques individuelles telles que les mécanismes de défense (clivage, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation, etc.), les compétences émotionnelles (assertivité, optimisme, etc.), les compétences sociales (avoir une personnalité sociable, empathie, bonne scolarité, etc.), la relation à soi (bonne estime de soi, compétence personnelle, etc.), l'habileté à résoudre les problèmes (faire preuve d'abstraction, d'analyse et d'introspection, être capable de relativiser, etc.) et la capacité à formuler des projets de vie et la détermination à les atteindre constituent des ressources personnelles favorisant la résilience.

### *1.3.3 LES VARIABLES LIEES AU MILIEU DE RECUPERATION*

Les facteurs contextuels et environnementaux (en l'occurrence familiaux) modulent les réactions des enfants et adolescents suite aux événements potentiellement traumatiques. Ces principaux facteurs sont les suivants :

Le climat familial avant l'événement : les relations problématiques entre l'enfant et son entourage, les tensions conjugales et intrafamiliales, les parents mineurs, le foyer monoparental, etc. sont quelques facteurs qui peuvent entraîner des situations adverses chez des enfants.

La stabilité du milieu de vie : quand une famille est stable, cela peut tempérer les conséquences négatives des situations potentiellement traumatiques chez les enfants.

La capacité de soutien de l'entourage direct : l'attitude positive ou négative des parents ou des personnes ayant l'enfant à charge après un traumatisme peut être un facteur prédictif ou de protection des symptômes traumatiques suite aux situations stressantes sévères.

La capacité de soutien du réseau social : les relations sociales de bonnes qualités avec les adultes, qu'elles soient offertes par les pairs, les associations, les clubs sportifs, etc., constituent des facteurs importants de résilience.

Les soins de santé mentale : suite à un événement stressant sévère, le recours précoce à des soins de santé mentale de qualité et la poursuite d'un traitement psychologique peut contribuer à la restructuration psychique.

Pour résumer, selon Josse (2011), le maintien et la restructuration de l'équilibre psychique des jeunes victimes sont influencés par la qualité des relations familiales, la cohésion et l'organisation de la famille, la capacité de soutien de l'entourage et du réseau social ainsi que par la disponibilité de soins spécialisés en santé mentale et l'intervention de professionnels solidaires et bienveillants. L'ensemble de ces facteurs peut contribuer à l'émergence de la résilience chez des personnes ayant connus des adversités dans leur enfance.

#### *1.3.4 EVOLUTION POSITIVE APRES LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE : LA RESILIENCE*

De multiples travaux ont montré que les traumatismes de l'enfance s'associent aux troubles somatiques, psychosomatiques et psychopathologiques chez les personnes victimes. Cependant, il est à noter que les réactions face à ces événements aversifs ne sont jamais identiques. Certains individus ayant connu des traumatismes d'enfance de tout genre arrivent à « tenir le coup », à avancer et parfois sans manifester de symptômes aussi visibles. Des individus arrivent même à tirer une « certaine force » de ces événements aversifs. Ces individus peuvent être considérés comme des résilients. Qu'est-ce qui fait donc que devant la même situation, des individus réagissent différemment ? Certains sont « marqués à vie » par les adversités de l'enfance alors que d'autres arrivent à tirer une force de ce qui leur est arrivé. L'ensemble de cette capacité à évoluer malgré les situations aversives renvoie au concept de résilience.

### 1.3.4.1 Définition du concept de résilience

Le mot « résilience » vient du latin *rescindere* qui est l'action d'annuler ou de résilier une convention, un acte. La résilience, à l'origine, est un terme utilisé en physique pour désigner la résistance au choc d'un métal, avec l'idée que ce dernier reprendra sa forme initiale après la secousse. Selon Duchet (2006), si la résilience désigne en partie cette capacité à s'opposer aux pressions et à résister, elle implique en psychologie une dynamique positive dans le sens où elle permet la construction, voire la reconstruction. Le résilient dans un contexte traumatique, c'est d'abord celui qui continue à penser, à vivre psychiquement, à rêver et à imaginer malgré l'horreur.

La résilience concernerait la capacité d'un individu à surmonter les traumatismes et à se construire malgré tout (Békaert, Masclet et Caron, 2011).

Selon Cyrulnik (1998), « un individu résilient présente un quotient intellectuel élevé, un sentiment de sa propre valeur, de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie, le sens de l'humour, la capacité d'anticiper et de planifier, l'autonomie et l'efficacité dans ses rapports avec l'environnement ». Cyrulnik (1999) précisait que « résilier un engagement signifie aussi ne plus être prisonnier d'un passé, se dégager. La résilience n'a rien à voir avec une prétendue invulnérabilité ou une qualité supérieure de certains mais avec la capacité de reprendre une vie humaine malgré la blessure, sans se fixer sur cette blessure ».

Selon Mangham, McGrath, Reid et Stewart (1995), la résilience est « l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Cette aptitude évolue avec le temps ; elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu ; elle contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci ». La résilience a ses origines dans la théorie du développement psychologique et humain. Ce mot décrit en général la capacité de l'individu de faire face à une difficulté ou à un stress très importants, de façon non seulement efficace, mais susceptible d'engendrer une meilleure capacité de réagir plus tard à une difficulté. Diverses études ont examiné la résilience au sein de groupes exposés à la guerre, à la pauvreté et à la maladie chronique. Ces études et d'autres recherches ont permis de cerner les caractéristiques des personnes *résilientes*.

### 1.3.4.2 Facteurs de résilience

Selon certains auteurs, la résilience se compose d'un équilibre entre, d'une part, les stress et les difficultés et, d'autre part, la capacité de faire face à une situation et la disponibilité d'un soutien. Lorsque les sources de stress excèdent les facteurs de protection de l'individu, même les personnes qui ont fait preuve de résilience antérieurement peuvent être dépassées ». Pour Haesevoets (2008), deux concepts fondamentaux composent la résilience : le risque et les facteurs de protection. Le risque dépend des caractéristiques individuelles et celles du milieu tandis que les facteurs de protection incluent les compétences, les éléments de personnalité et les capacités de soutien ambiant qui contribuent à la résilience. Mangham et al. (1995) ont identifié trois grandes catégories de facteurs de protection qui contribuent à la résilience. Il s'agit des : facteurs individuels, des facteurs familiaux et des facteurs de soutien. Le **Tableau 1** présente le détail de ces facteurs.

**Tableau 1 - Facteurs de résilience selon Mangham et al. (1995)**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Les facteurs individuels</b> | Sentiment de compétence personnelle ;<br>Capacité à planifier ;<br>Compétences cognitives ;<br>Sentiment de signification ;<br>Capacité de résoudre des problèmes ;<br>Optimisme ;<br>Locus de contrôle interne ;<br>Capacité à faire face au stress ;<br>Habilité à chercher un soutien. |
| <b>Les facteurs familiaux</b>   | Rapports parents-enfant propices ;<br>Chaleur et affection ;<br>Soutien familial solide et cohésion familiale.  |
| <b>Les facteurs de soutien</b>  | La présence de personnes aidantes comme des enseignants ;<br>Des membres de famille étendue ou des personnes se situant à l'extérieur de la famille immédiate ;<br>Des milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle.                                   |

Des critères de résilience chez l'enfant ont été rapportés par Haesevoets (2006) (voir **Tableau 2**). Lorsque les individus sont résilients, les conséquences des traumatismes de l'enfance sont moins graves ou atténués. La résilience modère les symptômes dépressifs. Les travaux de Wingo et al. (2010) vont dans le même sens et soutiennent que l'abus et les traumatismes de l'enfance contribuaient à la sévérité de l'épisode dépressif majeur tandis que la résilience l'atténuait.

**Tableau 2 - Critères de résilience chez l'enfant, rapportés par Haesevoets (2006)**

| <b>Critères individuels</b>                                | <b>Critères familiaux</b>                            |
|--|--|
| Intelligence   | Age des parents                                      |
| Talents  | Nombre d'enfants (inférieur à 5)                     |
| Tempérament facile   | Espace entre les naissances                          |
| Flexibilité  | Attentes parentales élevées                          |
| Sens de l'humour   | Support et affection                                 |
| Estime de soi  | Orientation spirituelle                              |
| Maturité   | Discipline   |
| Formation scolaire   | Opportunités de participation                        |
| Introspection  | Espace physique suffisant                            |
| Genre et âge   | Communication efficace                               |
| Sentiment d'utilité  | Interactions chaleureuses et positives               |
| Capacité à se projeter                                     | Enfants perçus comme une ressource ayant de l'avenir |
| Bon sens de l'identité                                     | Habilités à faire face à l'imprévu                   |
| Orientation spirituelle                                    | Absence de violence dans la famille d'origine        |
| Locus de contrôle interne                                  | Habilités de résolutions de conflits                 |
| Habilité de résolution de problèmes                        | Partage de valeurs                                   |
| Autonomie  | Situation financière stable                          |
| Capacité de se distancier face à un environnement perturbé | Non-possessivité                                     |
| Compétence sociale   | Absence de séparation en bas âge                     |
| Empathie   | Présence d'une figure paternelle                     |
| Altruisme  | Justice et équité intrafamiliale                     |
| Sociabilité  |  |
| Popularité   |  |
| Perception d'une relation positive avec un adulte          |  |

Campbell-Sills, Cohan et Stein (2006) ont également trouvé que la résilience tempérerait la relation entre la négligence émotionnelle et les symptômes psychiatriques actuels. Ils ont également trouvé que la résilience était négativement associée au névrosisme et positivement liée à l'extraversion et à la conscience.

Environ un tiers (1/3) d'individus ayant connu d'expériences d'abus sexuel dans leur enfance ne présenteront pas de problèmes psychiatriques (Fergusson et Mullen, 1999 ; Stevenson, 1999). McGloin et Widom (2001) ont trouvé que 48% des enfants avec des histoires d'abus ou de négligence ne présentaient pas de critères de troubles psychiatriques à l'âge adulte incluant la dépression, l'anxiété, le TSPT, le trouble de la personnalité antisociale, tandis que 38% ne présentaient pas de diagnostic d'abus de substance. Pour Heller, Larrieu, D'Imperio et Boris (1999), la disponibilité du soutien émotionnel au moment de l'abus va renforcer la capacité de l'individu à tirer le soutien des autres à l'âge adulte, engendrant ainsi un fonctionnement résilient.

Des études ont montré que 12 à 22% des enfants ou adultes qui ont été abusés dans leur enfance fonctionnent bien malgré leur histoire de maltraitance (Cicchetti et Rogosch, 1997 ; Cicchetti, Rogosch, Lynch et Holt, 1993 ; Kaufman, Cook, Arny, Jones et Pittinsky, 1994 ; McGloin et Widom, 2001).

Beaucoup de facteurs psychosociaux sont associés à la résilience et permettent aux individus de mieux faire face aux situations. Alim et al. (2008) après avoir montré que le groupe des résilients présentait une charge traumatique significativement plus basse que le groupe des non-résilients dans leur étude faite aux Etats-Unis chez les Afro-Américains, ont trouvé que le but dans la vie émergeait comme un facteur clé associé à la résilience et à la guérison. La maîtrise était également associée à la guérison.

Des travaux ont montré que les individus résilients ne développent pas de troubles psychiatriques même s'ils ont été victimes d'abus ou de négligence dans leur enfance. Collishaw et al. (2007) ont trouvé dans une étude longitudinale épidémiologique sur un échantillon communautaire représentatif au Royaume-Uni, qu'une minorité des individus abusés dans leur enfance ne présentait aucun problème de santé mentale à l'âge adulte. Dans ce cas d'espèce, la résilience était associée à l'attention parentale perçue, à la relation avec les pairs adolescents, à la qualité de la relation amoureuse à l'âge adulte et au style de personnalité. Une bonne qualité de relation à travers l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte

apparaît spécialement importante pour le bien-être psychologique dans le contexte d'abus d'enfance.

La capacité à former, à maintenir et à bénéficier d'une bonne relation interpersonnelle est un autre facteur important dans la prédiction de l'adaptation positive dans le contexte d'abus d'enfance (Bolger et Patterson, 2003 ; Lynskey et Fergusson, 1997). Etudiant la résilience après l'abus sexuel, Lynskey et Fergusson (1997) ont trouvé que les plus forts prédicteurs de résilience étaient l'importance de l'attention et du soutien des parents, et la qualité de la relation de l'adolescent avec les pairs.

Les caractéristiques de l'expérience d'abus comme le rythme, la durée, la fréquence, la sévérité, le degré de menace et la relation à l'abuseur sont tous associés aux bonnes ou mauvaises conséquences (Bulik, Prescott et Kendler, 2001 ; Keiley, Howe, Dodge, Bates et Pettit, 2001 ; Manly, Kim, Rogosch et Cicchetti, 2001).

En général, les individus avec un score élevé de névrosisme sont moins résilients aux psychopathologies de l'âge adulte (Collishaw et al., 2007).

Des chercheurs ont trouvé qu'il y a des enfants qui apparaissent résilients et ne manifestent pas de comportements à problème en dépit du fait qu'ils faisaient face à des événements négatifs considérables ou au traumatisme de l'enfance (Cicchetti, Rogosch, Lynch et Holt, 1993 ; Egeland, Carlson et Sroufe, 1993 ; Garmezy et Masten, 1986 ; Kaufman et Zigler, 1987 ; Luthar, Cicchetti et Becker, 2000 ; Mannarino et Cohen, 1987 ; McGloin et Widom, 2001 ; Sirls et al., 1989 ; Widom, 1989 ; DuMont, Widom et Czaja, 2007).

L'intelligence élevée et la capacité cognitive peuvent exercer un effet protecteur dans le contexte de l'environnement abusif ou de négligence (Frodi et Smetana, 1984 ; Zimrin, 1986).

Les garçons (et non les filles) qui avaient une intelligence supérieure à la moyenne et dont les parents avaient relativement peu de symptômes de la personnalité antisociale étaient probablement plus résilients par rapport aux non-résilients à la maltraitance (Jaffe, Caspi, Moffit, Polo-Tomás et Taylor, 2007). Dans cette étude, pour les enfants vivant dans des familles avec des multiples problèmes, les ressources personnelles peuvent ne pas suffire pour promouvoir leur fonctionnement adaptatif. De plus, les relations des enfants avec les membres de leur famille et les autres membres de leur réseau social interviennent dans la promotion de la résilience à la maltraitance.

Selon Terr (1983), l'impact à long terme du trauma de l'enfance peut dépendre des caractéristiques de la famille ou de la communauté dans laquelle l'enfant vivait au moment de l'expérience d'abus ou de négligence.

L'évolution de la résilience dans la vie est un processus dynamique et elle n'est pas toujours linéaire. Banyard et Williams (2007) ont trouvé que la résilience basse était liée à l'exposition aux traumatismes additionnels alors que le fonctionnement positif est associé au rôle de la satisfaction sociale et au sens positif de la communauté. La résilience n'est pas un processus linéaire et d'autres facteurs complémentaires incluant le rôle de re-traumatisation, des soutiens sociaux et des opportunités pour faire de nouveaux choix qui peuvent être d'importants liens du processus de guérison parmi les survivants d'abus sexuels sur toute la vie.

Examinant le niveau prédictif de résilience de l'individu, de la famille et du voisinage à l'adolescence et chez le jeune adulte, DuMont et al. (2007) ont trouvé que presque la moitié (48%) des enfants victimes d'abus et de négligence était résiliente à l'adolescence alors qu'environ le tiers était résilient à l'âge adulte. Les événements de vie stressants et le soutien du partenaire promouvaient la résilience chez le jeune adulte. L'avantage du voisinage n'exerçait pas un effet direct sur la résilience mais il modérait la relation entre la stabilité du ménage et la résilience et entre la capacité cognitive et la résilience chez le jeune adulte.

Grossman, Cook, Kepkep et Koenen (1999) ont évoqué les rôles puissants de la psychothérapie, de la spiritualité, des relations avec les autres, de l'altruisme et de l'emploi dans le fonctionnement résilient des adultes survivants à l'abus sexuel de l'enfance.

#### 1.4 RESUME DES TRAVAUX EXAMINANT LES LIENS ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LA DEPRESSION A L'AGE ADULTE

Les traumatismes de l'enfance s'associent à l'épisode dépressif majeur à l'âge adulte (Anda et al., 2001 ; Chapman et al., 2004 ; Comijs et al., 2007 ; Gibb et al., 2007 ; Keyes et al., 2012 ; Scott et al., 2012 ; Widom et al., 2007 ; Wingenfeld et al., 2011). De façon spécifique, les épisodes dépressifs majeurs à l'âge adulte sont très souvent liés aux abus émotionnels (Bernet

et Stein, 1999 ; Chapman et al., 2004 ; Gibb et al., 2007 ; Keyes et al., 2012 ; Tucci et al., 2010), à l'abus physique d'enfance (Kessler et al., 2010 ; Tucci et al., 2010 ; Widom et al., 2007) et aux abus sexuels d'enfance (Kessler et al., 2010 ; Keyes et al., 2012 ; Slopen et al., 2010 ; Teicher et al., 2009 ; Tucci et al., 2010). La dépression à l'âge adulte est également associée à la négligence émotionnelle de l'enfance (Hovens et al., 2010 ; Oladeji et al., 2010 ; Sarchiapone et al., 2007 ; Widom et al., 2007) et à la négligence physique (Paquette et al., 2007).

## 1.5 RESUME DES TRAVAUX EXAMINANT LES LIENS ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET LA PERSONNALITE A L'AGE ADULTE

### 1.5.1 TRAUMAS DE L'ENFANCE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Les troubles de la personnalité à l'âge adulte sont associés aux traumatismes d'enfance élevés (Carr et Francis, 2009 ; Grover et al., 2007 ; Johnson et al., 1999 ; Tyrka et al., 2009). Les travaux antérieurs ont trouvé que les traumatismes de l'enfance en l'occurrence les abus émotionnel, physique et sexuel et les négligences émotionnelle et physique sont communs parmi les patients avec des troubles de la personnalité (Battle et al., 2004 ; Bierer et al., 2003 ; Johnson et al., 2001, 2004 ; Luntz et Widom, 1994 ; Rettew et al., 2003 ; Yen et al., 2002 ; Zanarini et al., 1989, 1997, 2000, 2002).

Spécifiquement l'abus sexuel serait lié au trouble de la personnalité borderline (Bandelow et al., 2005 ; Haller et Miles, 2004 ; Hill, 2005 ; Johnson et al., 1999 ; Paris, 1996 ; Sansone et al., 2005 ; Soloff et al., 2008 ; Yen et al., 2002 ; Zhang et al., 2012), à la personnalité antisociale (Semiz et al., 2007), à la personnalité histrionique (Johnson et al., 1999), à la personnalité schizotypique (Steel et al., 2009), à la personnalité évitante (Haller et Miles, 2004), à la personnalité dépressive (Johnson et al., 1999).

L'abus émotionnel serait associé aux troubles du cluster A (Zhang et al., 2012), à la personnalité borderline (Haller et Miles, 2004), au cluster C (Grilo et Masheb, 2002) et plus spécifiquement au trouble de la personnalité évitante (Grilo et Masheb, Haller et Miles).

L'abus physique est associé aux troubles de la personnalité schizoïde (Johnson et al., 1999), de la personnalité schizotypique (Steel et al., 2009), au cluster B (Zhang et al., 2012) et spécifiquement à la personnalité antisociale (Luntz et Widom, 1994 ; Johnson et al., 1999 ; Semiz et al., 2007) et à la personnalité borderline (Johnson et al., 1999 ; Sanson et al., 2010 ; etc.), au trouble de la personnalité dépendante (Johnson et al., 1999) et au trouble de la personnalité négativiste (Johnson et al., 1999).

Les négligences de l'enfance sont significativement associées aux cluster A, B et C des troubles de la personnalité (Tyrka et al., 2009 ; Zhang et al., 2012) et spécifiquement aux symptômes élevés des personnalités antisociale, borderline, dépendante, narcissique, paranoïaque, passive-agressive, schizotypique et au nombre total des troubles de la personnalité (Johnson et al., 1999).

### *1.5.2 TRAUMAS DE L'ENFANCE ET DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE*

Quant à l'association entre les traumatismes de l'enfance et les dimensions de la personnalité, en considérant le modèle du Big Five, la plupart des résultats vont dans le même sens : les traumatismes de l'enfance sont liés aux scores élevés du névrosisme ou aux scores bas de la stabilité émotionnelle (Allen et Lauterbach, 2007 ; Ernst et al., 1993 ; Karesh, 1995 ; McFarlane et al., 2005 ; Rogosch et Cicchetti, 2004) d'une part, et d'autre part, aux scores bas des dimensions « agréabilité », « conscience » et « extraversion » (Slee et Rigby, 1993 ; Tani et al., 2003). Les résultats de certaines études ont trouvé que les individus victimes d'abus dans leur enfance présentaient des scores élevés à la dimension « ouverture » (Allen et Lauterbach, McFarlane et al.) tandis que d'autres travaux rapportaient des résultats contraires pour cette dimension (Rogosch et Cicchetti).

De façon spécifique, les types de traumatismes de l'enfance (abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique) sont liés à la dimension névrosisme (Roy, 2002 ; Lysaker et al., 2001).

Dans l'ensemble, il est à noter que la plupart des études mentionnées ont été réalisées en Occident et dans les pays développés. Il existe une rareté d'études faites en Afrique Subsaharienne hormis l'Afrique du Sud pour examiner les traumatismes de l'enfance et leur

association éventuelle avec les troubles ou les dimensions de la personnalité. Les travaux de Benjet (2010) et de Lalor (2004) confirment la rareté d'études effectuées en Afrique Subsaharienne sur les conséquences à long terme des abus et négligences de l'enfance sur la santé mentale à l'âge adulte. Dans les pays de l'Afrique Subsaharienne francophone et spécifiquement au Togo, à notre connaissance, aucune étude n'a été faite pour explorer les relations entre les adversités de l'enfance et les troubles de la personnalité à l'âge adulte.

## 1.6 NECESSITE D'UNE ETUDE COMPARATIVE ENTRE LA FRANCE ET LE TOGO

Il y a eu des études multicentriques en Psychopathologie ou Psychiatrie interculturelle qui ont été faites et qui rapportent certaines spécificités au niveau des traumatismes de l'enfance et de leurs conséquences sur la santé à l'âge adulte. La plupart de ces études sont comparatives et essaient de ressortir les similitudes et différences des résultats, différences qui semblent être associées à la variation perceptuelle des événements et aux codes culturels qui régissent les conduites à tenir face à ces situations.

Comme le soutenaient Connor et Butterfield (2003), des différences culturelles interviennent dans la perception et l'interprétation des expériences traumatiques, l'expression de la réponse à l'événement, le contexte culturel de la réponse par la victime et sa communauté, et la voie du rétablissement.

Une étude récente réalisée aux Etats-Unis par Pérez Benítez et al. (2010) a exploré les différences ethniques des taux des expériences traumatiques de l'enfance et des événements traumatiques sur la vie entière et les taux des troubles psychiatriques chez des patients exposés aux traumas similaires. En comparant les Blancs non-hispaniques, les Latinos et les Afro-Américains, Pérez Benítez et al. (2010) ont trouvé que les Blancs rapportaient des taux de négligence plus élevés que les Afro-Américains et les Latinos, des taux d'abus verbal/émotionnel plus élevés que les Afro-Américains et des taux d'accidents et blessures/préjudices sérieux plus élevés que les Latinos. Les Afro-Américains avaient des taux plus élevés à « être témoin de préjudice ou tuerie » que les Blancs. Il n'existe pas d'interaction significative entre les événements aversifs et l'ethnicité pour les troubles mentaux.

Selon Pérez Benítez et al. (2010), dans les deux dernières décennies, la littérature du traumatisme a mis l'accent sur l'importance et la meilleure compréhension du rôle de la culture et des facteurs culturels dans l'expérience des événements stressants et traumatiques et dans la détresse psychologique ultérieure (Carlson, 2005 ; Keane, Kaloupek et Weathers, 1996 ; Mennen, 1995 ; Moisan, Sanders Phillips et Moisan, 1997 ; Stamm et Friedman, 2000). Pour Carlson (2005), la culture pourrait modérer les conséquences des traumatismes et influencer le processus de guérison après l'exposition au trauma. Garcia-Coll et Garrido (2000) spéculaient que les facteurs ethniques et culturels peuvent modérer la relation entre les expériences négatives de la vie et le développement des psychopathologies alors que pour Fontes (1995), les croyances culturelles et les valeurs peuvent servir d'intermédiaire entre l'expérience et les effets d'abus.

De nombreuses études empiriques ont trouvé des taux différents de traumatismes de l'enfance (Cappelleri, Eckenrode et Powers, 1993), des traumatismes sur toute la vie (Arellano, Kuhn et Chavez, 1997 ; Breslau et al., 1998 ; Torres et Han, 2000 ; Turner et Lloyd, 2004), traumatismes liés à la guerre (Ortega et Rosenheck, 2000), et les troubles psychiatriques (Torres et Han, 2000) associés avec les groupes ethniques.

Ullman et Filipas (2005) dans une étude sur 461 collégiennes révélaient que les filles noires avaient des prévalences d'épisode d'abus sexuel significativement plus élevées (40,3%) que les Hispaniques (33,3%), les Blanches (25,5%) et les Asiatiques (21,5%). Une autre étude communautaire faite par Arreola, Neilands, Pollack, Paul et Catania (2005) sur 2881 hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes rapportait des différences ethniques : les hommes Latinos ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes rapportaient deux fois plus d'abus sexuel d'enfance que les hommes non-Latinos (22% et 12% respectivement).

Dans une étude épidémiologique avec un échantillon de 3270 participants, Caetano, Field et Nelson (2003) ont trouvé que les hommes et femmes Noirs et Hispaniques rapportaient des taux élevés (hommes Noirs 36%, femmes Noires 31%, hommes Hispaniques 23%, femmes Hispaniques 25%) d'abus physique d'enfance ou d'exposition à la violence parentale que les participants Blancs (hommes 19%, femmes 15%).

Turner et Lloyd (2004) ont trouvé que les Afro-Américains présentaient les plus bas taux de dépression alors qu'ils décrivaient des nombres significativement plus élevés d'événements négatifs (événements négatifs de vie majeurs, traumas de la vie, témoins de violence et

nouveaux traumatismes) que les autres groupes ethniques après le contrôle du statut socioéconomique.

Une étude nationale réalisée aux Etats-Unis par Ortega et Rosenheck (2000) a trouvé que les vétérans de la guerre du Vietnam Mexicains-Américains et Portoricains avaient une plus grande probabilité de PTSD et plus de symptômes traumatiques liés au combat, que les vétérans Blancs et Noirs après avoir contrôlé les facteurs prémilitaires tels que l'année de naissance, la pauvreté de l'enfance, le traumatisme non-militaire de l'adulte, la participation aux atrocités.

Selon Bacigalupe (2001), la plupart des travaux de la littérature existante, concernant les différences culturelles dans les traumatismes de l'enfance et de la vie entière, n'ont pas considéré l'impact des différences de classes, de culture et de races.

Des études antérieures longitudinales sur les troubles de la personnalité révélaient que les Latinos avaient plus de trouble de personnalité borderline que les Afro-Américains et les Blancs non-hispaniques (Chavira et al., 2003).

Dans leur étude, cherchant à savoir si les questions de l'histoire d'abus de l'enfance fonctionnent différemment pour les patients noirs et blancs aux Etats-Unis, Thombs et al. (2007) ont trouvé que les scores des participants noirs étaient significativement supérieurs à ceux des blancs à l'item 12 du Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) « j'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton, une corde (ou tout autre objet dur) ». Par contre pour 3 items : 11, 15 et 17 du CTQ (voir annexe 5), les Noirs rapportaient des scores significativement plus bas que les Blancs.

Les études comparatives réalisées entre l'Europe et l'Afrique Subsaharienne et portant sur les traumatismes de l'enfance et/ou les troubles de la personnalité sont rares. Une étude comparative a été réalisée entre l'Afrique du Sud et la Suède par Lochner et al. (2010) sur les patients avec des diagnostics de trouble anxiété généralisée ou de trouble panique avec l'utilisation du CTQ pour évaluer les traumatismes de l'enfance. Les patients sud-africains présentent des taux d'abus plus élevés que les patients suédois. Il s'agit en particulier de l'abus sexuel, des négligences émotionnelle et physique. En considérant l'ensemble des patients des 2 pays, les patients avec un diagnostic de trouble anxiété généralisée présentaient un score plus élevé à l'abus émotionnel que les patients souffrant de trouble panique. De plus,

l'abus émotionnel est un prédicteur du trouble anxieux généralisé et du trouble panique aussi bien en Afrique du Sud, en Suède que dans l'échantillon général (Lochner et al., 2010).

Mbagaya (2010) dans une étude comparative faite aux Pays-Bas, au Kenya et en Zambie a trouvé que les participants africains rapportaient des fréquences plus élevées de négligence physique que leurs homologues néerlandais. Mbagaya expliquait cette différence par les conditions de vie très difficiles que connaissent la plupart des parents et enfants dans les pays à faibles revenus économiques.

En Afrique Subsaharienne francophone en général et au Togo en particulier, il y a un manque de travaux examinant les liens entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité à l'âge adulte. En effet, les recherches de Dassa et al. (2005) ont exploré les typologies des maltraitances d'enfance vécues au Togo sans examiner leurs liens éventuels avec les troubles de la personnalité à l'âge adulte. Nubukpo et al. (2006), cherchant à préciser l'existence éventuelle de troubles de la personnalité spécifiques chez des sujets épileptiques au Togo avec l'utilisation de l'inventaire de tempérament et de caractère de Cloninger (TCI), n'ont pas trouvé de différence significative entre les épileptiques et les témoins quant à la personnalité. L'étude de Nubukpo et al. (2006) ne s'est pas intéressée à l'examen des événements traumatiques de l'enfance qui pourraient s'associer aux troubles de la personnalité des participants.

De rares études comparatives entre la France et l'Afrique Subsaharienne francophone dont le Togo ont été faites. Par exemple, Nubukpo et al. (2003) ont comparé les représentations socioculturelles des épilepsies en Limousin (France), au Togo et au Bénin. Les croyances en une cause surnaturelle de l'épilepsie sont plus importantes au Bénin et au Togo qu'en France, à l'inverse des causes sociales telles que les deuils et les chocs émotionnels. Les travaux de Nubukpo et al. (2003) ont montré que les représentations socioculturelles sont différentes entre la France et le Togo.

Aucune étude comparative examinant l'association entre les adversités de l'enfance et les troubles de la personnalité en France et au Togo n'a été menée à ce jour, à notre connaissance.

Les fréquences des adversités de l'enfance et leurs conséquences à l'âge adulte pourraient varier selon les différents contextes environnementaux. Eu égard à ces travaux antérieurs susmentionnés, nous pourrions envisager l'existence de différences entre Français et Togolais

en matière de traumatismes de l'enfance et de réactions face à ces traumatismes (au niveau de la personnalité), compte tenu de la différence socioculturelle.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**METHODOLOGIE**

## 2 METHODOLOGIE

### 2.1 OBJECTIFS DE LA THESE

#### 2.1.1 CONTEXTE

Les études ont montré que les traumatismes de l'enfance s'associent à la dépression et aux troubles et dimensions de la personnalité à l'âge adulte. La plupart des travaux effectués pour examiner ces associations se sont déroulés dans les pays développés ou en Occident. Même si les traumatismes ou abus d'enfance ont une influence sur l'état de santé à l'âge adulte, il est cependant à noter que tous les individus victimes d'abus d'enfance ne présentent pas des conséquences néfastes visibles de ces abus. En effet, l'organisation sociale, les facteurs environnementaux ou d'autres facteurs tels que la résilience, le coping, etc. peuvent intervenir dans l'évolution des individus après les abus d'enfance.

Les différences culturelles interviennent dans la perception et l'interprétation des expériences traumatiques, l'expression de la réponse à l'événement, le contexte culturel de la réponse par la victime et sa communauté, et la voie du rétablissement (Connor et Butterfield, 2003).

La littérature internationale soutient l'existence de fréquences plus élevées de traumatismes et des symptômes de TSPT dans les pays moins développés que dans les pays occidentaux. A notre connaissance, il n'existe pas de recherche faite en Afrique Subsaharienne francophone pour examiner l'association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles ou dimensions de la personnalité à l'âge adulte. Aussi, il y a peu d'études comparatives réalisées dans deux contextes culturels différents pour examiner ces liens. Au vu de tous ces constats, nous avons jugé nécessaire de réaliser une étude comparative entre la France et le Togo afin de relever des similarités et des différences au niveau des traumatismes de l'enfance et dans la cooccurrence des traumatismes d'enfance et des troubles de la personnalité à l'âge adulte. De plus, il s'agit de combler le manque de littérature sur les liens entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité en Afrique Subsaharienne francophone, en l'occurrence au Togo.

Les togolais rapportent-ils plus d'abus d'enfance que les français ? Au Togo, existe-t-il également une association entre les traumatismes d'enfance et la dépression d'une part, et d'autre part entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité à l'âge adulte, comme en

Occident ? L'éventuelle relation « traumatismes de l'enfance – personnalité » est-elle invariante culturellement ? En d'autre terme, l'association traumatismes de l'enfance – personnalité (troubles ou traits) est-elle identique en France et au Togo ? Le processus qui conduit les traumas de l'enfance aux troubles de la personnalité est-il identique en France et au Togo ? Voilà certaines questions auxquelles nous voudrions répondre dans cette thèse.

## *2.1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES*

### **2.1.2.1 Objectifs**

Il s'agit d'une étude transversale bicentrique réalisée en France et au Togo auprès d'un échantillon total composé de deux groupes de patients soignés pour « épisode dépressif majeur » actuel (un groupe en France et un groupe au Togo) et d'un troisième groupe constitué de témoins togolais ne souffrant pas de trouble psychiatrique actuel avéré ou sans antécédents psychiatriques connus.

#### **Objectif principal**

- Comparer les scores et/ou fréquences des traumatismes de l'enfance, des troubles et des dimensions de la personnalité en France et au Togo, et examiner le parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité dans chaque pays.

#### **Objectifs secondaires**

- Relever l'existence de différences au niveau des traumatismes, des troubles et traits de personnalité entre les participants en France et au Togo
- Relever l'existence de lien entre les traumatismes de l'enfance et les troubles et/ou traits de personnalité dans les deux contextes culturels
- Relever les similarités et les différences dans l'association « traumatismes de l'enfance – troubles et/ou traits de personnalité » entre la France et le Togo

- Relever l'invariance culturelle entre certains types de traumatismes de l'enfance et certains troubles ou dimensions de la personnalité entre la France et le Togo
- Vérifier la relation entre le niveau d'exposition traumatique de l'enfance et la survenue de la dépression actuelle au Togo (article accepté par le journal *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*).

### **2.1.2.2 Hypothèses**

#### **Hypothèse générale**

- Il existe des différences de traumatismes de l'enfance, des troubles et/ou traits de personnalité entre la France et le Togo d'une part, et d'autre part, il existe une association entre les traumatismes de l'enfance (abus sexuel et émotionnel, par exemple) et les troubles ou traits de la personnalité (cluster B ou névrosisme, agréabilité et extraversion) et cette association varie en fonction du pays.

#### **Hypothèses opérationnelles**

##### *Existence de différences entre les trois groupes*

- Il existe une différence de fardeau traumatique d'enfance entre les trois groupes de notre échantillon total

De façon spécifique,

- Les individus déprimés au Togo présentent un fardeau traumatique de l'enfance (mesuré par le CTQ) plus important que les individus déprimés en France.

- Les individus déprimés au Togo présentent un fardeau traumatique émotionnel (abus émotionnel) de l'enfance plus important que les individus déprimés en France
- Les individus déprimés au Togo rapportent un abus physique de l'enfance plus élevé que les individus déprimés en France
- Les individus déprimés au Togo rapportent un abus sexuel de l'enfance plus important que les individus déprimés en France
- Les individus déprimés au Togo rapportent une négligence émotionnelle de l'enfance plus élevée que les individus déprimés en France
- Les individus déprimés au Togo rapportent une négligence physique de l'enfance plus élevée que les individus déprimés en France

De façon similaire, vu que chaque type d'abus ou négligence peut être dichotomisé en absence ou présence d'abus sévère (selon les cut-off ou scores, en référence au manuel du CTQ et aux travaux de Carr et Francis (2009)), nous pourrions écrire :

- Les individus déprimés au Togo rapportent des fréquences d'abus ou de négligences sévères plus élevées que les individus déprimés en France, pour tous les types d'abus ou négligences.

- Il existe une différence entre les trois groupes (déprimés en France, déprimés au Togo et témoins au Togo) de l'échantillon total au niveau des symptômes des clusters des troubles de la personnalité.

De façon spécifique :

- le nombre des symptômes des troubles de la personnalité du cluster A sont moins élevés chez les témoins togolais, les déprimés français et les patients togolais, respectivement.

- Les témoins au Togo présentent des nombres de symptômes des troubles de la personnalité du cluster B moins élevés que les déprimés au Togo et en France.
- le nombre des symptômes des troubles de la personnalité du cluster C sont moins élevés chez les témoins togolais, les déprimés français et les patients togolais, respectivement
- Le score au PDQ-4+ est moins élevé chez les témoins que chez les déprimés en France et au Togo.

- Il existe des différences entre les trois groupes au niveau des traits de personnalité

De façon spécifique, nous pourrions écrire :

- Les témoins togolais présentent des scores plus élevés à la dimension stabilité émotionnelle (score plus bas au névrosisme) que les déprimés togolais qui en rapportent plus que les déprimés français
- Les témoins togolais ont des scores plus élevés à la dimension extraversion que les déprimés au Togo qui en présentent plus que les déprimés en France
- Les témoins au Togo rapportent des scores plus élevés à la dimension conscience que les déprimés au Togo et en France

#### *Association entre les traumatismes de l'enfance et la personnalité*

- Les traumatismes de l'enfance s'associent aux troubles et aux dimensions de la personnalité dans l'ensemble de l'échantillon
- Les traumatismes de l'enfance s'associent aux scores du PDQ-4+ dans la population clinique de notre étude
- Les traumatismes de l'enfance s'associent aux différents troubles de la personnalité en France

- Les abus traumatiques de l'enfance s'associent aux différents troubles de la personnalité au Togo

- Les abus traumatiques de l'enfance augmentent le risque de présence des troubles de la personnalité dans notre échantillon d'étude

#### *Existence de différence dans la relation traumatismes de l'enfance-troubles de la personnalité*

Nous avons examiné l'existence de différence ou non dans la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité aux moyens d'analyses logistiques qui ont été faites séparément pour chaque groupe. Ce faisant, nous avons pu dégager les similitudes et les différences dans les associations.

Le parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité a été examiné dans chaque groupe en vue de voir s'il est identique ou non.

### **2.1.2.3 Variables de la recherche**

Pour l'ensemble de l'échantillon, les principales variables sont les suivantes :

- Données sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, etc.)
- Les traumatismes de l'enfance
  - Abus émotionnel
  - Abus physique
  - Abus sexuel
  - Négligence émotionnelle
  - Négligence physique

- Les troubles de la personnalité
  - Symptômes des troubles de la personnalité (Score PDQ-4+)
  - Cluster A
  - Cluster B
  - Cluster C
  - Les 12 troubles de la personnalité
  
- Dimensions de la personnalité
  - Agréabilité
  - Extraversion
  - Conscience
  - Stabilité émotionnelle
  - Ouverture

## 2.2 METHODES

### 2.2.1 CADRES D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée en France et au Togo.

En France, le recrutement s'est fait au Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, au Centre de Thérapie Brève et au Centre Médico-Psychologique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. Les inclusions ont été également faites à la Clinique

d'Aufréry située à Pin Balma, sur la route de Mons, dans la périphérie de Toulouse. Les inclusions en France se sont déroulées de décembre 2010 à Octobre 2011. Toutes les inclusions en France ont eu lieu dans le Midi-Pyrénées.

Au Togo, l'étude s'est déroulée de mars à octobre 2010. Le Togo est un pays de l'Afrique Occidentale avec 6 millions d'habitants. La capitale est Lomé et compte environ 1 million d'habitants. Le Togo est limité à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana, au Nord par le Burkina-Faso et au Sud par l'Océan Atlantique. Il est constitué de plusieurs groupes ethniques : les Adja-Ewé, les Kabyè-Tem, les Para-Gourma, les Mina, etc. Le Togo est subdivisé en cinq régions économiques que sont la Région Maritime, la Région des Plateaux, la région Centrale, la Région de la Kara et la Région des Savanes. Notre étude s'est déroulée dans la région Maritime au sein de laquelle se retrouvent toutes les structures universitaires de prise en charge de la Santé Mentale avec présence permanente de psychiatres et l'unique hôpital psychiatrique du Togo.

La collecte des données s'est faite dans quatre centres de soins pour les pathologies psychiatriques. Il s'agit de la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CUPPM) du CHU de Tokoin, de la CUPPM du CHU du Campus de Lomé, du Centre de Santé Mentale d'Agoe (banlieue nord de Lomé) et de l'Hôpital Psychiatrique de Zébé-Aného, le seul hôpital psychiatrique du Togo.

### *2.2.2 PARTICIPANTS*

Notre étude est centrée sur deux types de population : une population clinique de patients soignés pour « épisode dépressif majeur » (EDM) par les psychiatres et psychologues et une population témoin. La population clinique de patients soignés pour un EDM a été choisie car la dépression est un problème de santé publique majeur par sa prévalence au niveau mondial. Des travaux antérieurs ont relevé l'importance de la fréquence de la dépression aussi bien en France qu'au Togo. En France, les résultats de l'enquête ANADEP de 2005 commanditée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), sous la direction de Chan Chee, Beck, Sapinho et Guilbert (2009), rapportent que 18% des personnes interrogées auraient au moins une fois dans leur vie connu un épisode d'EDM, et pour la moitié des épisodes sévères. Au Togo, il n'existe aucune donnée épidémiologique sur la prévalence de la

dépression, à notre connaissance. Cependant quelques indications cliniques méritent d'être soulignées. En 2010, l'EDM représente 20% des consultations à l'Hôpital Psychiatrique de Zébé-Aného et 35,3% des consultations et hospitalisations à la CUPPM du CHU de Tokoin à Lomé. Les fréquences de consultations et/ou hospitalisations pour un EDM au CHU de Lomé et à l'Hôpital Psychiatrique de Zébé-Aného ont été mentionnées dans les rapports annuels d'activités (documents internes, non publiés) de ces centres de soins en santé mentale. L'ampleur de l'existence de la dépression aussi bien en France qu'au Togo a motivé notre choix de cette population clinique, en vue de mieux comprendre certains mécanismes tels que ses comorbidités avec les troubles de la personnalité.

### **2.2.2.1 Critères d'inclusion**

Pour la population clinique (patients soignés pour EDM en France et au Togo dans les centres de soins susmentionnés), les principaux critères d'inclusion sont les suivants :

- Consentement éclairé
- Savoir lire et comprendre le Français
- Etre âgé de 18 ans à 65 ans et
- Absence de trouble psychotique, de trouble affectif bipolaire ou de retard mental.

Le consentement éclairé est le préalable à toute inclusion. Le critère de la maîtrise de la langue française a été retenu pour éviter certains biais liés aux traductions. Cependant lorsque des participants ne comprennent pas certaines expressions, nous les leur expliquons. Nous essayons d'utiliser les mêmes vocabulaires lorsque des questions similaires sont posées. L'âge minimal de 18 ans a été retenu car c'est le début de l'âge adulte ; nous pourrions considérer la structure de la personnalité accomplie et ainsi poser un diagnostic de trouble de la personnalité. L'âge limite de 65 ans a été retenu pour éviter que les éventuels problèmes de mémoire ou de dégénérescence n'influent sur la compréhension des items et les résultats. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur est posé par les psychiatres soignants, lors d'entretiens cliniques en se référant aux critères de définition du DSM-IV.

### **2.2.2.2 Critères de non-inclusion**

Les principaux critères de non-inclusion pour la population clinique sont :

- Absence de diagnostic d'épisode dépressif majeur selon les critères du DSM-IV
- Refus de participer à l'étude
- Avoir moins de 18 ans et plus de 65 ans
- Absence de maîtrise de la langue française
- Présence d'un trouble psychotique, d'un trouble affectif bipolaire, de retard mental.

La non-inclusion des patients psychotiques, ceux ayant un diagnostic de trouble affectif bipolaire ou un retard mental s'explique par notre souci d'avoir des groupes cliniques homogènes. Aussi, nous avons décidé d'être certain d'avoir des participants qui comprennent réellement les items sans grande difficulté et dont les réponses ne pourraient être altérées par leur état de santé psychique du moment.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion de la population témoin au Togo sont identiques à ceux de la population clinique, en plus de leur caractéristique principale qui est l'absence de tout trouble psychiatrique (y compris la dépression) actuel ou passé. La population témoin est constituée majoritairement d'étudiants et de personnel paramédical (infirmières, sage-femme, techniciens de laboratoire, etc.).

### **2.2.2.3 Caractéristiques de la population d'étude**

#### **En France**

Parmi 111 patients éligibles, 89 (80,2%) ont accepté de participer à l'étude. Vingt-deux patients (19,8%) ont refusé de participer à cette recherche pour plusieurs raisons. Les motifs les plus évoqués étaient qu'ils ne sont pas intéressés (n = 12), ne voulaient plus se rappeler de leur enfance trop douloureuse (n = 4), difficultés de concentration pour participer à l'évaluation (n = 5) et 1 personne a refusé car elle avait eu des antécédents pénibles dans la

participation à un protocole de recherche clinique. L'âge moyen de la population clinique en France est de 44,4 ans (ET = 13,6).

## **Au Togo**

### **Population clinique**

La population clinique est constituée de 91 patients suivis en ambulatoire et/ou en hospitalisation dans les centres susmentionnés, pour épisode dépressif majeur (EDM) selon les critères du DSM-IV. Sur 96 patients avec un diagnostic d'EDM contactés, 5 ont refusé de participer à l'étude. Deux patients n'étaient pas intéressés par l'étude et 3 autres expliquaient leur refus par le fait qu'ils aient vécu une enfance très douloureuse et ne voulaient pas en parler.

L'âge moyen de la population clinique est de 29,2 ans (ET = 7,2).

### **Population témoin**

En rappel, la population contrôle est composée de personnel paramédical (infirmières, sages-femmes, techniciens de laboratoires, etc.) et d'étudiants. Les participants constituant la population témoin, ont été contactés à l'Université de Lomé ou dans les centres de soins (au cours du recrutement de la population clinique) lors la période d'inclusion.

Les sujets ayant eu un antécédent de trouble psychiatrique ou recevant un traitement psychiatrique actuel (n = 8) ont été exclus de l'étude. L'effectif de la population témoin est de 90 sujets.

L'âge moyen de la population témoin est de 28,7 ans (ET = 6,2).

Tous les participants ont donné leur accord pour prendre part à cette recherche et ont signé le formulaire de consentement éclairé établi à cet effet. L'effectif total de notre population d'étude est N = 270 avec un âge moyen de 34,1 ans (ET = 12,0).

### 2.2.3 PROCEDURE

Dans tous les centres de soins susmentionnés où les inclusions se sont déroulées, avant de rencontrer les patients, nous nous sommes adressés aux psychiatres traitants et aux internes qui nous donnaient la liste des patients éligibles, c'est-à-dire ceux qui remplissent les critères d'épisode dépressif majeur, selon les critères du DSM-IV. Dans un premier temps, nous rencontrions les patients éligibles pour leur présenter l'étude. Une notice d'information qui présente tous les détails de l'étude leur est remise ensuite. Dans un délai que nous jugeons nécessaire (quelques heures à quelques jours) et ce en fonction du patient et en accord avec lui, nous repassons le revoir pour recueillir son consentement. Après avoir recueilli le consentement éclairé et signé du patient, nous convenons ensemble d'un rendez-vous pour faire les évaluations. Les évaluations se sont effectuées dans leur service d'hospitalisation ou au bureau du Psychologue. La durée des évaluations variait de  $\frac{3}{4}$  d'heure à 1 heure 30 minutes voire 2 heures selon les patients.

Pour la population témoin, nous nous sommes adressés directement aux étudiants et personnel paramédical pour leur présenter l'étude en suivant la même procédure.

### 2.2.4 MESURES

#### 2.2.4.1 Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, etc.) de la population d'étude ont été examinées grâce à un questionnaire que nous avons établi à cet effet (**Annexe 4, p. 229**). Ce questionnaire comprend également des données relatives aux antécédents médicaux et psychiatriques. L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude est résumé dans le **Tableau 3**.

**Tableau 3 - Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude**

| <b>Variables</b>                            | <b>Population clinique en France (n = 89)</b> | <b>Population clinique au Togo (n = 91)</b> | <b>Témoins au Togo (n = 90)</b> | <b>Population totale (N = 270)</b> |
|---|---|---|---------------------------------|------------------------------------|
| Age (Année, moyenne $\pm$ ET*)              | 44,4 (13,6)                                   | 29,2 (7,2)                                  | 28,7 (6,2)                      | 34,1 (12,0)                        |
| Genre féminin, n (%)                        | 65 (73,0)                                     | 60 (65,9)                                   | 60 (66,7)                       | 185 (68,5)                         |
| Situation matrimoniale, n (%)               |   |   |                                 |                                    |
| - Marié(e), concubin(e)                     | 42 (47,2)                                     | 29 (31,9)                                   | 21 (23,3)                       | 92 (34,1)                          |
| - Célibataire, divorcé(e), veuf(ve)         | 47 (52,8)                                     | 62 (68,1)                                   | 69 (76,7)                       | 178 (65,9)                         |
| Niveau d'instruction, n (%)                 |   |   |                                 |                                    |
| - Primaire                                  | 4 (4,5)                                       | 13 (14,3)                                   | 1 (1,1)                         | 18 (6,7)                           |
| - Secondaire                                | 22 (24,7)                                     | 48 (52,7)                                   | 16 (17,8)                       | 86 (31,8)                          |
| - Université                                | 63 (70,8)                                     | 30 (33,0)                                   | 73 (81,1)                       | 166 (61,5)                         |
| Statut professionnel, n (%)                 |   |   |                                 |                                    |
| - Etudiant                                  | 11 (12,4)                                     | 30 (33,0)                                   | 41 (45,6)                       | 82 (30,4)                          |
| - En activité                               | 47 (52,8)                                     | 53 (58,2)                                   | 49 (54,4)                       | 149 (55,2)                         |
| - Sans activité                             | 31 (34,8)                                     | 8 (8,8)                                     | 0 (0%)                          | 39 (14,4)                          |
| Groupe ethnique, n (%)                      |   |   |                                 |                                    |
| - Adja-Ewé                                  | -   | 45 (49,4)                                   | 42 (46,7)                       | -                                  |
| - Kabyè-Tem                                 | -   | 15 (16,5)                                   | 17 (18,9)                       | -                                  |
| - Mina                                      | -   | 13 (14,3)                                   | 12 (13,3)                       | -                                  |
| - Para-Gourma                               | -   | 4 (4,4)                                     | 1 (1,1)                         | -                                  |
| - Autres                                    | -   | 14 (15,4)                                   | 18 (20,0)                       | -                                  |
| Antécédents de maladie organique, n (%)     | 37 (41,6)                                     | 29 (31,9)                                   | 11 (12,2)                       | 77 (28,5)                          |
| Antécédents de maladie psychiatrique, n (%) | 16 (18,0)                                     | 9 (9,9)                                     | 0 (0)                           | 15 (5,5)                           |

\*ET = écart-type

### 2.2.4.2 Traumatismes de l'enfance

L'évaluation des maltraitances ou traumatismes de l'enfance a été faite avec la version courte de 28 items du Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) de Bernstein et Fink (1998) (Annexes 5 et 6). C'est l'un des outils les plus utilisés pour évaluer les traumatismes de l'enfance de façon rétrospective chez les adultes. Il s'agit d'une échelle de type Likert avec cinq choix de réponse qui vont de 1 = « jamais vrai » à 5 = « très souvent vrai ». Les 5 types d'abus évalués par le CTQ sont : l'abus émotionnel, l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence émotionnelle et la négligence physique. Chaque type d'abus est composé de 5 items. Le score de chaque catégorie d'abus peut varier de 5 à 25. Le score d'abus total est la somme des 5 types d'abus et négligence, varie de 25 à 125 et constitue le reflet du fardeau traumatique de l'enfance. Un score élevé indique la sévérité des traumatismes de l'enfance.

La version courte de 28 items comporte une échelle de minimisation/déni constituée de 3 items. Cette échelle indique une sous-estimation de la maltraitance d'enfance ou une idéalisation de la famille d'origine. Bernstein et Fink (1998) ont validé la version courte (28 items) auprès de 378 sujets abuseurs de drogues, 396 patients adolescents psychiatisés et 899 membres d'une assurance médicale collective.

A l'origine, le CTQ est un questionnaire qui comprend 70 items et il est développé par Bernstein et al. (1994). Il a été conçu à partir d'une revue détaillée de la documentation sur la maltraitance et à partir de l'expérience d'une revue structurée, le *Childhood Trauma Interview*, développée par les mêmes auteurs. Les analyses de Bernstein et al. (1994) auprès d'un échantillon de 286 patients ayant un problème de dépendance à l'alcool ou à la drogue ont dégagé quatre facteurs : l'abus physique et émotionnel, la négligence émotionnelle, la négligence physique et l'abus sexuel. Par la suite, Bernstein et al. (1994) ont validé le CTQ avec une population de 398 patients adolescents psychiatisés âgés de 12 à 17 ans. Ce faisant, ils ont pu séparer l'abus émotionnel de l'abus physique et mettre ainsi en évidence la présence de cinq facteurs.

Le CTQ a été traduit et validé dans plusieurs langues dont le Français. La validité et la fiabilité de la version française du CTQ, utilisée dans cette recherche, ont été démontrées par Paquette et al. (2004). La version courte du CTQ validée par Paquette et al. (2004), a une bonne fiabilité test-retest variant entre 0,73 à 0,94. La consistance interne des échelles, évaluée par les alphas de Cronbach est excellente. Elle est de 0,68 pour la négligence

physique ; 0,82 pour l'abus physique ; 0,87 pour l'abus sexuel ; 0,88 pour l'abus émotionnel et de 0,91 pour la négligence émotionnelle. Dans notre population d'étude, le coefficient alpha de l'ensemble des sous-échelles du CTQ est 0,79. De façon spécifique, les coefficients des alphas de Cronbach sont de : 0,70 pour l'abus émotionnel, 0,74 pour l'abus physique, 0,76 pour l'abus sexuel et la négligence physique et de 0,77 pour la négligence émotionnelle.

Il est aussi possible d'évaluer la sévérité de chaque type d'abus/négligence et celle de l'abus total en se référant aux normes du CTQ établies par Bernstein et al. (2003). Ainsi pour chaque participant, en nous basant sur le manuel du CTQ, sur les travaux de Carr et Francis (2009) et de Tyrka et al. (2009), nous avons donc décidé de vérifier s'il a connu un abus d'enfance faible (absence d'abus ou abus faible jusqu'à modéré pour tous les types d'abus et négligence) ou un abus d'enfance sévère (abus sévère à extrême à au moins un type d'abus ou négligence).

Les scores pour apprécier la sévérité de chaque type de traumatisme de l'enfance selon le manuel du CTQ sont les suivants :

Pour l'abus émotionnel :

- Score jusqu'à 8 : aucun ou abus minimal
- De 9 à 12 : faible à modéré
- De 13 à 15 : modéré à sévère
- Plus de 15 : sévère à extrême

Abus physique :

- Score jusqu'à 7 : aucun ou abus minimal
- De 8 à 9 : faible à modéré
- De 10 à 12 : modéré à sévère
- Plus de 12 : sévère

Abus sexuel :

- Jusqu'à 5 : aucun ou minimal
- De 6 à 7 : faible à modéré
- De 8 à 12 : modéré à sévère
- Plus de 12 : sévère à extrême

Négligence émotionnelle :

- Jusqu'à 9 : aucun ou minimal
- De 10 à 14 : faible à modéré
- De 15 à 17 : modéré à sévère
- Plus de 17 : sévère à extrême

Négligence physique :

- Jusqu'à 7 : aucun ou minimal
- De 8 à 9 : faible à modéré
- De 10 à 12 : modéré à sévère
- Plus de 12 : sévère à extrême

### **Sévérité des traumatismes de l'enfance selon le CTQ**

En fonction du score de chaque participant aux cinq dimensions du CTQ, on peut décider de l'existence d'abus sévère ou non. Ainsi, pour qu'il y ait l'abus émotionnel sévère, le score doit être supérieur ou égal à 13. L'abus physique est considéré comme sévère lorsque le score est supérieur ou égal à 10. Pour l'abus sexuel, le score doit être supérieur ou égal à 8. Quant à

la négligence émotionnelle sévère, le score doit être d'au moins 15 alors que pour la négligence physique sévère il faut un score minimal de 10 au CTQ.

En prenant chaque participant et selon ses scores à toutes les 5 dimensions du CTQ, on peut procéder à une dichotomisation en absence ou présence d'abus / négligence sévère. Pour faire partie du groupe d'absence d'abus ou d'abus faible, le participant ne doit avoir rapporté aucun type d'abus, allant de modéré à sévère à l'extrême, pour les 5 formes d'abus/négligence. Dans tous les autres cas, il s'agit d'abus sévère.

Le fait d'utiliser les cut-off nous a permis de spécifier, chez chaque participant, l'existence ou non d'abus/négligence sévère. L'absence d'abus ou de négligence quelconque est notée 0 et la présence d'abus/négligence est notée 1. Pour chaque type d'abus ou négligence et pour chaque participant, la dichotomisation entraîne la présence ou l'absence d'abus/négligence sévère.

Au Togo, nous avons adapté certains items dans l'utilisation du CTQ. Par exemple, pour l'item 11, nous avons changé l'expression « bleus » par « traces » au Laboratoire de Psychologie de l'Institut National des Sciences de l'Éducation (INSE) à l'Université de Lomé. Ainsi l'item qui au départ était : « J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques » devient : « J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des traces ou des marques ». A l'item 26, nous avons ajouté quelques expressions pour refléter les réalités du Togo et de l'Afrique Subsaharienne en général. Ainsi l'item qui était « Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire » est devenu « Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin, un homme religieux, un guérisseur traditionnel ou un marabout lorsque nécessaire ». Nous avons jugé indispensable d'ajouter ces expressions, car dans certains milieux africains en cas de maladie de l'enfant, les parents ne recourent pas immédiatement à l'hôpital. Pour prendre soin de l'enfant, on l'amène consulter un guérisseur traditionnel, un marabout ou un homme d'église. Ce qui témoigne aussi qu'on aime l'enfant et qu'on se préoccupe de sa santé. Donc dans la sous rubrique de négligence physique, il s'avère indispensable de tenir compte de cet aspect.

### 2.2.4.3 Troubles de la personnalité

Le Questionnaire de Diagnostic de la Personnalité (PDQ-4+) de Hyler (1994) a été utilisé pour l'évaluation des symptômes et troubles de la personnalité de la population. Il s'agit d'un questionnaire qui évalue les troubles de la personnalité de façon catégorielle, selon les critères diagnostiques du DSM. Le PDQ-4+ est composé de 99 items. Il évalue les troubles de la personnalité des 3 clusters (A, B et C) et les diagnostics additionnels des personnalités dépressive et passive-agressive (négativiste). Les choix de réponse à chaque item sont « vrai » ou « faux ». La réponse vraie est toujours pathologique sauf pour l'échelle de validité (image trop bonne). Le score total du PDQ-4+ se calcule en additionnant les réponses pathologiques de tous les items sauf pour les questionnaires « suspect » qui sont constitués de 2 items et les questionnaires « image trop bonne » comprenant 3 items. Le score du PDQ-4+ donne un index général de perturbation de la personnalité.

Pour apprécier la présence ou l'absence de TP, le seuil défini par Fossati et al. (1998) selon lequel un score de PDQ-4+ supérieur ou égal à 28 indique la probabilité de présence d'un ou de plusieurs TP, a été retenu. Pour chaque personnalité, il existe des critères de présence d'un certain nombre de symptômes positifs. Une fois que le PDQ-4+ est rempli et corrigé, Hyler (1994) conseille au clinicien d'utiliser l'échelle de signification clinique afin de limiter les faux positifs très fréquents avec les questionnaires. Le clinicien peut reprendre les troubles de la personnalité ayant atteint un seuil pathologique et vérifier sous la forme d'un mini-entretien que le patient a bien répondu. Selon Bouvard (2009), les points suivants doivent être vérifiés :

- Le patient n'a pas fait d'erreurs en cotant l'item
- Les traits sont présents depuis l'âge de 18 ans ou depuis plusieurs années
- Les traits ne sont pas dus à la présence d'un trouble de l'axe I
- Les traits entraînent une gêne importante à la maison, à l'école ou au travail ou dans les relations avec les autres
- Le patient est lui-même importuné par ces traits.

Les études de validation du PDQ sont assez nombreuses et la plupart existent pour les versions anglaises antérieures au DSM-IV. La fidélité test-retest à long intervalle (deux mois) est globalement satisfaisante. Le coefficient de consistance interne varie de 0,56 pour la

personnalité schizoïde à 0,83 pour la personnalité dépendante. Les annexes 7, 8 et 9 présentent le PDQ-4+, sa feuille de cotation et l'échelle de signification clinique pour chaque personnalité.

Le PDQ-4+ existe dans plusieurs langues dont le Français. La version française a bénéficié d'une étude préliminaire sur un groupe d'étudiants de l'Université de Savoie (Bouvard et Cosma, 2007). Dans notre étude, le coefficient alpha de l'ensemble des troubles de la personnalité est 0,90. De façon spécifique, les valeurs des coefficients alphas pour chaque type de personnalité sont les suivantes : personnalités paranoïaque (0,89), schizoïde (0,90), schizotypique (0,89), antisociale (0,89), borderline (0,88), histrionique (0,89), narcissique (0,89), dépendante (0,89), évitante (0,88), obsessionnelle-compulsive (0,89), dépressive (0,89) et négativiste (0,88).

#### **2.2.4.4 Intensité du narcissisme**

L'évaluation de l'intensité de la personnalité narcissique a été faite avec le Narcissistic Personality Inventory (NPI-16) ou Inventaire de la Personnalité Narcissique à 16 items de Ames, Rose et Anderson (2006). Le NPI-16 est composé de 16 items et a pour objectif de fournir une évaluation de la personnalité narcissique chez les participants. Les items du NPI-16 se présentent sous la forme d'un choix entre deux propositions : une proposition narcissique cotée 1 et une proposition non narcissique notée 0. Chaque item contient donc une paire de proposition avec seulement une proposition narcissique. L'intensité du narcissisme s'obtient en additionnant les propositions cotées 1. Les scores au NPI-16 peuvent varier de 0 à 16. Plus le score est élevé et plus la personne présente une intensité élevée du narcissisme.

Des études se sont intéressées à la validité prédictive du NPI-16 concernant l'influence de la personne lors d'une tâche de prise de décision en groupe. Les résultats montrent que plus le score de la personne est élevée au NPI-16 et plus elle participe à la prise de décision en groupe (Bouvard, 2009). La consistance interne du NPI-16 est 0,74. Dans notre étude, ce coefficient est de 0,68.

L'utilisation du NPI dans notre étude actuelle s'explique par le fait que dans notre travail de recherche en Master 2 Recherche, les toxicomanes togolais présentaient une fréquence plus élevée de trouble de la personnalité narcissique que les toxicomanes évalués en France. Nous

voudrions vérifier avec l'utilisation du NPI-16, si ce résultat va se confirmer, avec des patients ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur.

#### **2.2.4.5 Dimensions de la personnalité**

L'International Personality Item Pool (IPIP-50) de Goldberg (1999) a été utilisé pour l'évaluation des dimensions de la personnalité. L'IPIP-50 est un outil permettant d'évaluer la personnalité selon le Big Five. Ainsi, les différentes dimensions évaluées par l'IPIP-50 sont l'agréabilité, l'extraversion, la conscience, la stabilité émotionnelle et l'ouverture. L'IPIP-50 est constitué de 50 items. Chaque dimension de la personnalité est composée de 10 items. L'IPIP-50 est une échelle de type Likert avec 5 possibilités de réponses allant de fortement en désaccord (1), désaccord (2), opinion neutre (3), d'accord (4) et fortement d'accord (5). La cotation de certains items doit être inversée (voir les annexes 11 et 12 pour présentation de l'IPIP-50 et la composition de chaque dimension). L'IPIP a une bonne consistance interne. Le coefficient alpha est de 0,82 pour l'agréabilité, 0,87 pour l'extraversion, 0,79 pour la conscience, 0,86 pour la stabilité émotionnelle et 0,84 pour l'ouverture.

Dans notre recherche, nous avons utilisé l'IPIP-50 dont les possibilités de réponses sont sous-forme d'échelle en 17 points avec des choix de réponses allant de « pas du tout d'accord » (0) à « tout à fait d'accord » (16). Le coefficient alpha de notre population d'étude est de 0,70 pour l'ensemble des dimensions. Plus spécifiquement les alphas de Cronbach sont de 0,62 pour l'agréabilité, de 0,64 pour la conscience, de 0,59 pour l'extraversion, de 0,75 pour la stabilité émotionnelle et 0,65 pour l'ouverture.

Nos alphas de Cronbach sont inférieurs à ceux de Goldberg. Nous avons cependant décidé de garder les données de cet outil pour les évaluations à cause du manque de recherches faites en Afrique Subsaharienne sur les liens entre les traumatismes de l'enfance et les dimensions de la personnalité. Nous tiendrons compte de cette limite de fiabilité des données de l'IPIP-50 dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

### 2.2.5 ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 18.0 (SPSS, Inc., Chicago, USA). Rappelons que l'ensemble de la population d'étude est constitué de trois groupes à savoir : le groupe des patients soignés pour épisode dépressif majeur en France, le groupe des patients soignés pour épisode dépressif majeur au Togo et le groupe des témoins constitués majoritairement des étudiants et du personnel paramédical au Togo.

Des analyses statistiques comprenant le Chi-2 ( $\chi^2$ ), les tests exacts de Fisher ou les tests de Kruskal-Wallis pour les variables non paramétriques ont été effectuées en vue d'examiner les associations des différentes variables aux différents groupes et de comparer les groupes. Les analyses de variance (ANOVA) suivies des analyses post hoc de Bonferroni ont permis d'examiner les différences entre les trois groupes en considérant les scores des types de traumatismes, les symptômes des troubles de la personnalité et les dimensions de la personnalité.

Des analyses corrélationnelles ont été réalisées pour examiner les associations entre les variables indépendantes (types de traumatismes de l'enfance) et les variables dépendantes (symptômes des troubles de la personnalité, dimensions de la personnalité).

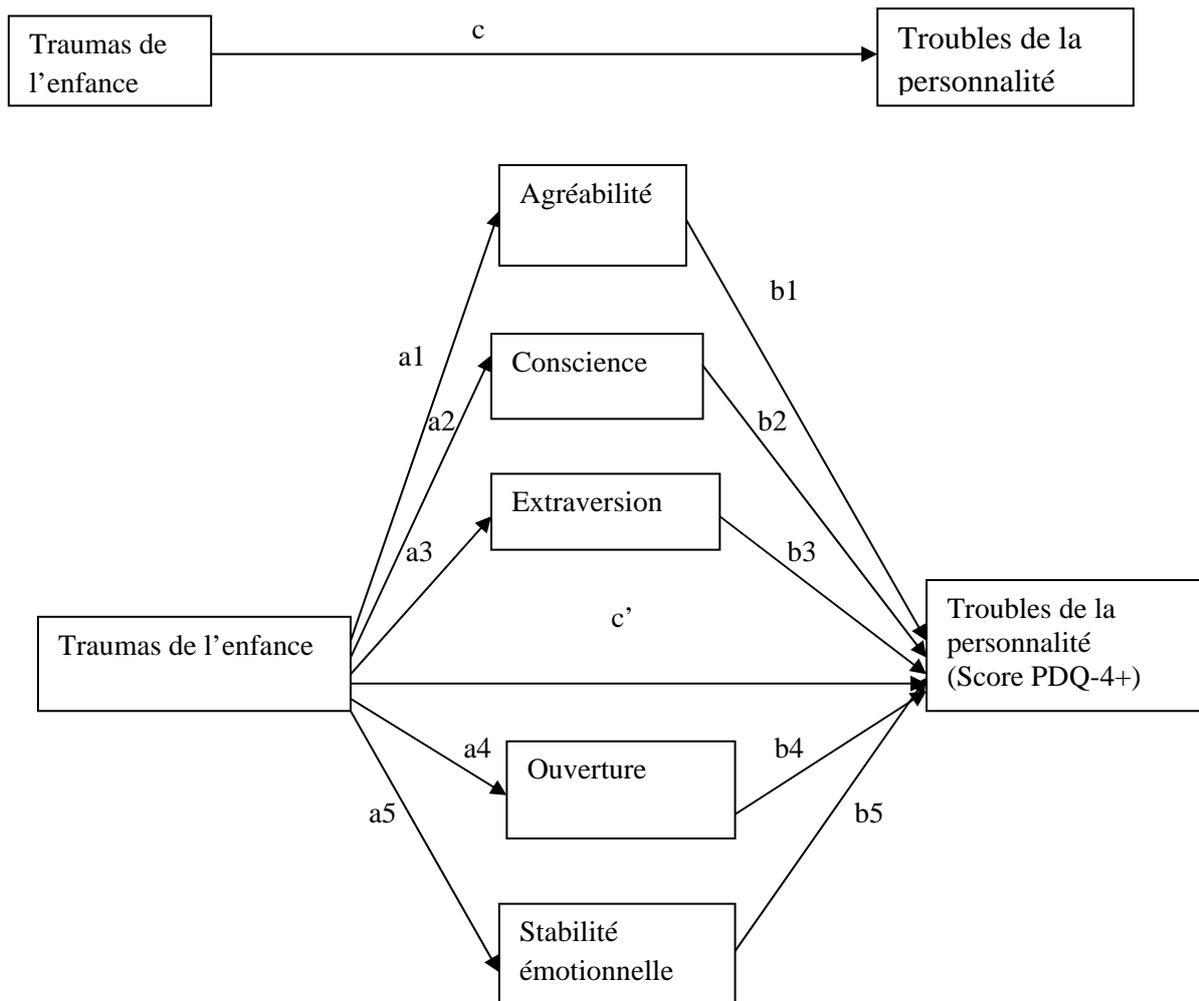
Des analyses de régression logistique ont été effectuées pour examiner la prédiction de chaque type d'abus par rapport à l'existence ou non des critères des troubles de la personnalité.

Enfin des analyses de médiation ont été réalisées en vue d'évaluer l'effet médiateur potentiel des dimensions de la personnalité entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité (score du PDQ-4+). Les analyses de médiation ont été faites en utilisant la procédure de ré-échantillonnage de type bootstrapping (Preacher et Hayes, 2008) en entrant l'abus d'enfance (score total du CTQ) comme variable indépendante (VI), les troubles de la personnalité (score du PDQ-4+) comme variable dépendante (VD) et les dimensions de la personnalité comme variables de médiation (VM). Le sexe, l'âge et les antécédents de maladies organiques sévères ont été contrôlés pour toutes les analyses de médiation. La Figure 1 illustre le modèle du parcours des traumatismes d'enfance aux troubles de la personnalité par l'intermédiaire des dimensions de la personnalité.

Avant toutes ces analyses, la normalité des variables a été vérifiée en utilisant les tests de Shapiro-Wilk et de Kolmogorov ainsi que les coefficients d'asymétrie (Skewness) et d'aplatissement (Kurtois).

Pour toutes les analyses statistiques, le seuil de signification de 0,05 a été retenu.

**Figure 2 - Illustration de la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à travers les dimensions de la personnalité**



a = effets des traumatismes de l'enfance sur les dimensions de la personnalité

b = effets des dimensions de la personnalité sur les troubles de la personnalité

c = effet total des traumatismes de l'enfance sur les troubles de la personnalité

$c = c' + ab$

c' = effet direct des traumatismes de l'enfance sur les troubles de la personnalité

axb = effet indirect des traumatismes de l'enfance sur les troubles de la personnalité à travers les dimensions de la personnalité. Les valeurs de axb sont représentées par B(SE).

## **TROISIEME PARTIE : RESULTATS**

## 3 RESULTATS

### 3.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

Les fréquences des femmes sont de 73,0% chez les patients de France, de 65,9% chez les patients du Togo et de 66,7% chez les témoins togolais. Il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes en considérant la variable « genre » ( $p > 0,05$ ). Il y a donc une homogénéité entre les trois groupes en considérant le sexe.

Dans notre étude, les patients en France ont un âge moyen (44,4 ans) significativement plus élevé que les patients soignés pour un épisode dépressif majeur au Togo (29,2 ans) et les témoins au Togo (28,7 ans). L'analyse de variance suggère l'existence de différence significative entre les trois groupes ( $F(2, 267) = 78,17, p < 0,001$ ), en considérant la variable « âge ».

En considérant les fréquences de l'existence d'antécédents de maladies organiques sévères (quelles qu'elles soient – voir **Tableau 3**), il existe une différence entre les trois groupes ( $\chi^2(2) = 19,67, p < 0,001$ ). En considérant uniquement la population clinique de déprimés, il n'existe pas de différence entre les fréquences d'existence d'antécédents de maladies organiques sévères en France et au Togo (41,6% vs. 31,9% ;  $p > 0,05$ ).

Pour la population clinique des deux pays, il n'existe pas de différence quant aux fréquences d'antécédents de pathologies psychiatriques ( $p > 0,05$ ).

En France, 30 patients (33,7%) étaient hospitalisés pour la première fois pour un EDM alors qu'au Togo, il s'agit de 57 patients (62,6%). Selon qu'il s'agit d'une première hospitalisation ou non pour un EDM, il existe une différence significative entre les patients soignés en France et ceux soignés au Togo ( $\chi^2(1) = 15,08, p < 0,001$ ).

#### 3.1.1 EFFECTIFS ET FREQUENCES DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE

En nous référant aux normes du manuel du CTQ, les effectifs et fréquences de la sévérité des différents types de traumatismes de l'enfance dans les trois groupes sont présentés dans le **Tableau 4**. Ce tableau révèle que 52,8% ( $n = 47$ ) des patients en France ont rapporté avoir été

victimes d'au moins un type de traumatisme d'enfance sévère, contre 89% (n = 81) des patients au Togo et 61,1% (n = 55) des témoins au Togo.

**Tableau 4 - Effectifs et fréquences des traumatismes de l'enfance dans la population d'étude**

| Sévérité des types de traumatismes | Population clinique en France (n = 89) |      | Population clinique au Togo (n = 91) |      | Témoins au Togo (n = 90) |      |
|------------------------------------|--|------|--------------------------------------|------|--------------------------|------|
|                                    | n                                      | %    | n                                    | %    | n                        | %    |
| Abus émotionnel                    | 25                                     | 28,1 | 40                                   | 43,9 | 11                       | 12,2 |
| Abus physique                      | 13                                     | 14,6 | 31                                   | 34,1 | 16                       | 17,8 |
| Abus sexuel                        | 26                                     | 29,2 | 52                                   | 57,1 | 24                       | 26,9 |
| Négligence émotionnelle            | 26                                     | 29,2 | 52                                   | 57,1 | 29                       | 32,2 |
| Négligence physique                | 22                                     | 24,7 | 42                                   | 46,1 | 20                       | 22,2 |
| Abus total                         | 47                                     | 52,8 | 81                                   | 89,0 | 55                       | 61,1 |

Par exemple, la fréquence de l'abus émotionnel est de 28,1% chez les patients de France, de 43,9% chez les patients du Togo et de 12,2% chez les témoins.

### 3.1.2 SYMPTOMES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

En nous référant aux critères d'existence pathologique de symptômes des troubles de la personnalité, le nombre moyen des symptômes a été calculé pour tous les troubles de la personnalité. Le **Tableau 5** présente le nombre moyen de symptômes des troubles de la personnalité pour les trois groupes de participants.

Par exemple, le nombre moyen des symptômes du trouble de la personnalité borderline est de 4,9 chez les patients soignés en France pour un EDM, de 5,5 chez ceux soignés au Togo et de 2,8 chez les témoins.

**Tableau 5 - Nombre moyen de symptômes des troubles de la personnalité dans la population d'étude**

|   | Population clinique en France (n = 89) | Population clinique au Togo (n = 91) | Témoins au Togo (n = 90) |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------|
| Symptômes des troubles de la personnalité | Moyenne (ET)                           | Moyenne (ET)                         | Moyenne (ET)             |
| <b>Cluster A</b>                          |  |                                      |                          |
| Paranoïaque                               | 3,5 (1,8)                              | 4,5 (1,3)                            | 3,3 (1,5)                |
| Schizoïde                                 | 2,4 (1,6)                              | 3,7 (1,5)                            | 2,5 (1,5)                |
| Schizotypique                             | 3,5 (2,1)                              | 4,3 (1,6)                            | 3,0 (1,8)                |
| <b>Cluster B</b>                          |  |                                      |                          |
| Antisociale                               | 1,6 (1,7)                              | 1,9 (1,5)                            | 1,0 (1,1)                |
| Borderline                                | 4,9 (1,9)                              | 5,5 (1,9)                            | 2,8 (1,8)                |
| Histrionique                              | 3,2 (1,7)                              | 3,6 (1,5)                            | 2,5 (1,5)                |
| Narcissique                               | 2,5 (1,7)                              | 5,0 (1,8)                            | 3,3 (2,0)                |
| <b>Cluster C</b>                          |  |                                      |                          |
| Dépendante                                | 3,6 (2,4)                              | 2,7 (2,0)                            | 1,4 (1,5)                |
| Évitante                                  | 4,6 (1,7)                              | 4,3 (1,8)                            | 2,3 (1,7)                |
| Obsessionnelle-compulsive                 | 3,7 (1,7)                              | 4,4 (1,6)                            | 3,1 (1,5)                |
| <b>Autres troubles</b>                    |  |                                      |                          |
| Dépressive                                | 5,0 (1,5)                              | 4,0 (1,8)                            | 2,1 (1,5)                |
| Négativiste                               | 2,7 (1,7)                              | 3,8 (1,4)                            | 1,9 (1,3)                |

### 3.2 COMPARAISONS DES GROUPES

Les analyses de variance univariées suivies d'analyses de post hoc de Bonferroni ont été conduites en considérant les traumatismes de l'enfance, les symptômes des troubles de la personnalité et les dimensions de la personnalité des trois groupes.

### 3.2.1 COMPARAISON DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE

Les analyses statistiques montrent qu'il existe une différence significative entre les trois groupes pour tous les types de traumatismes de l'enfance ( $p < 0,001$ ), comme le montre le **Tableau 6**.

**Tableau 6 - Comparaison des scores des traumatismes de l'enfance entre les groupes**

| Variables               | Population clinique en France (n = 89) | Population clinique au Togo (n = 91) | Témoins au Togo (n = 90) | F     | P     | Test Post Hoc de Bonferroni |
|-------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|-------|-------|-----------------------------|
| Abus émotionnel         | 9,8 (5,2)                              | 12,4 (4,3)                           | 8,4 (3,6)                | 19,52 | 0,000 | PCT > TT<br>PCT > PCF       |
| Abus physique           | 7,0 (3,7)                              | 9,5 (4,4)                            | 7,5 (3,2)                | 10,91 | 0,000 | PCT > TT<br>PCT > PCF       |
| Abus sexuel             | 7,6 (4,6)                              | 8,7 (3,7)                            | 6,7 (2,5)                | 6,50  | 0,002 | PCT > TT                    |
| Négligence émotionnelle | 12,6 (4,9)                             | 14,6 (4,9)                           | 12,2 (4,3)               | 6,42  | 0,002 | PCT > TT**<br>PCT > PCF*    |
| Négligence physique     | 7,6 (3,0)                              | 9,9 (3,4)                            | 7,8 (2,6)                | 15,18 | 0,000 | PCT > TT<br>PCT > PCF       |
| Abus total              | 44,9 (16,7)                            | 55,1 (14,0)                          | 42,7 (11,3)              | 19,99 | 0,000 | PCT > TT<br>PCT > PCF       |

\*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,003$  et pour les autres tests de Bonferroni, les différences sont significatives à  $p < 0,001$

PCF = score de la population clinique en France ; PCT = score de la population clinique au Togo ; TT = score des témoins au Togo.

Par exemple pour l'abus émotionnel, nos analyses révèlent l'existence de différence significative entre les trois groupes ( $F(2, 267) = 19,52, p < 0,001$ ). De façon spécifique, les analyses post hoc de Bonferroni montrent que les patients de la population clinique au Togo rapportaient des scores d'abus émotionnel significativement plus élevés que les témoins togolais et les sujets de la population clinique de France (Voir **Tableau 6**).

En considérant uniquement les participants du Togo, les résultats dans le tableau 6 montrent que chez les déprimés les scores aux traumatismes de l'enfance sont plus élevés que chez les témoins pour tous les types d'abus/négligence et pour l'abus total.

En vue d'examiner l'existence de différence éventuelle de la sévérité des traumas de l'enfance dans la population clinique des deux pays (France vs. Togo), en considérant la fréquence des abus, des séries de Chi-2 ont été réalisées. Ce faisant, nous avons trouvé que les patients soignés pour un épisode dépressif majeur au Togo présentaient des fréquences plus élevées que ceux soignés en France. Cette différence est significative pour tous les types d'abus et pour l'abus total (89,0% vs. 52,8% ;  $\chi^2(1) = 28,7$ ,  $p < 0,001$ ).

Le **Tableau 7** présente en détail les résultats de cette comparaison de la population clinique de patients déprimés.

**Tableau 7- Comparaison de la prévalence de la sévérité des types de traumatismes entre les deux groupes de patients**

| Types de traumatismes   | Population clinique en France (n = 89) |      | Population clinique au Togo (n = 91) |      | $\chi^2$ | P     |
|-------------------------|--|------|--------------------------------------|------|----------|-------|
|                         | n                                      | %    | n                                    | %    |          |       |
| Abus émotionnel         | 25                                     | 28,1 | 40                                   | 43,9 | 4,90     | 0,027 |
| Abus physique           | 13                                     | 14,6 | 31                                   | 34,1 | 9,22     | 0,002 |
| Abus sexuel             | 26                                     | 29,2 | 52                                   | 57,1 | 14,29    | 0,000 |
| Négligence émotionnelle | 26                                     | 29,2 | 52                                   | 57,1 | 14,29    | 0,000 |
| Négligence physique     | 22                                     | 24,7 | 42                                   | 46,1 | 9,02     | 0,003 |
| Tout type d'abus        | 47                                     | 52,8 | 81                                   | 89,0 | 28,70    | 0,000 |

### 3.2.2 COMPARAISONS DE LA PERSONNALITE

Les comparaisons entre les groupes de notre étude concernent à la fois les troubles de la personnalité et les dimensions de la personnalité.

#### 3.2.2.1 Comparaison des troubles de la personnalité

Dans un premier temps, le score du PDQ-4+, les clusters et l'intensité du narcissisme ont été considérés pour les analyses. Il existe une différence entre les trois groupes en considérant les

scores du PDQ-4+ ( $F(2, 267) = 42,98, p < 0,001$ ). Comme le montre le **Tableau 8**, les patients togolais ont un score significativement plus élevé au PDQ-4+ que les patients français qui présentent un score de PDQ-4+ plus élevé que les témoins togolais (voir.

Les trois groupes sont également différents au niveau du nombre de symptômes des troubles de la personnalité des trois clusters : A, B et C ( $p < 0,001$ ). Les analyses Post Hoc de Bonferroni montrent qu'il n'existe pas de différence entre les deux groupes de patients s'agissant des symptômes du cluster C.

**Tableau 8 - Comparaison des symptômes des troubles de la personnalité entre les groupes**

| Variables              | Population clinique en France (n = 89) | Population clinique au Togo (n = 91) | Témoins au Togo (n = 90) | F     | P     | Test Post-Hoc de Bonferroni        |
|------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|-------|-------|------------------------------------|
| Score PDQ-4+           | 41,7 (14,3)                            | 47,6 (12,3)                          | 29,5 (13,6)              | 42,98 | 0,000 | PCT > PCF<br>PCT > TT<br>PCF > TT  |
| Symptômes du cluster A | 9,5 (4,3)                              | 12,6 (3,3)                           | 8,8 (3,9)                | 24,41 | 0,000 | PCT > PCF<br>PCT > TT              |
| Symptômes du cluster B | 12,2 (5,4)                             | 16,0 (4,7)                           | 9,6 (5,2)                | 36,23 | 0,000 | PCT > PCF<br>PCT > TT<br>PCF > TT* |
| Symptômes du cluster C | 11,9 (4,5)                             | 11,4 (4,2)                           | 6,9 (4,0)                | 37,91 | 0,000 | PCT > TT<br>PCF > TT               |
| Score NPI              | 3,1 (2,2)                              | 5,1 (2,7)                            | 3,6 (2,4)                | 16,44 | 0,000 | PCT > PCF<br>PCT > TT              |

\*  $p < 0,002$  ; pour les autres comparaisons multiples au test de Bonferroni, les différences sont significatives à  $p < 0,001$

PCF = score de la population clinique en France ; PCT = score de la population clinique au Togo ; TT = score des témoins au Togo.

Il existe une différence entre les trois groupes en considérant l'intensité du narcissisme des participants ( $F(2, 267) = 16,44, p < 0,001$ ). En effet, l'intensité du narcissisme est significativement plus élevée chez la population clinique togolaise que chez la population témoin du Togo et les patients en France. De plus, les témoins togolais présentent un score

d'intensité du narcissisme légèrement plus élevé que la population clinique de France, même si cette différence n'est pas significative.

### Comparaison des 12 symptômes des troubles de la personnalité entre les groupes

Pour les 12 troubles spécifiques de la personnalité, des séries d'analyse de Kruskal-Wallis ont été réalisées pour la comparaison des trois groupes. Toutes les conditions d'application de l'ANOVA n'étant pas vérifiées avec les symptômes des troubles de la personnalité, nous avons décidé de réaliser des tests de Kruskal-Wallis qui permettent également de faire les comparaisons intergroupes sans se soucier de la normalité des distributions (voir **Tableau 9**).

**Tableau 9 - Comparaisons du nombre de symptômes des troubles de la personnalité dans les trois groupes (test de Kruskal-Wallis)**

| Troubles de la personnalité | $\chi^2$ | DDL* | <i>P</i> (<) |
|-----------------------------|----------|------|--------------|
| <b>Cluster A</b>            |          |      |              |
| Paranoïaque                 | 28,61    | 2    | 0,001        |
| Schizoïde                   | 34,34    | 2    | 0,001        |
| Schizotypique               | 20,97    | 2    | 0,001        |
| <b>Cluster B</b>            |          |      |              |
| Antisociale                 | 15,66    | 2    | 0,001        |
| Borderline                  | 75,16    | 2    | 0,001        |
| Histrionique                | 22,45    | 2    | 0,001        |
| Narcissique                 | 69,92    | 2    | 0,001        |
| <b>Cluster C</b>            |          |      |              |
| Dépendante                  | 42,10    | 2    | 0,001        |
| Évitante                    | 67,60    | 2    | 0,001        |
| Obsessionnelle-compulsive   | 23,05    | 2    | 0,001        |
| <b>Autres troubles</b>      |          |      |              |
| Dépressive                  | 100,35   | 2    | 0,001        |
| Négativiste                 | 59,65    | 2    | 0,001        |

\* DDL : degré de liberté

Les résultats des séries d'analyses montrent qu'il existe une différence entre les trois groupes en considérant le nombre de symptômes de tous les troubles de la personnalité ( $p < 0,001$ ).

### 3.2.2.2 Comparaison des dimensions de la personnalité

Les résultats de l'analyse suggèrent qu'il n'existe pas de différence entre les trois groupes pour la dimension « agréabilité » ( $p > 0,05$ ). Pour le trait de personnalité « conscience », il existe une différence entre les trois groupes ( $F(2, 267) = 6,06, p < 0,01$ ). De façon spécifique, le score de cette dimension est significativement plus élevé chez les témoins togolais que dans la population clinique au Togo qui en présente un score significativement plus élevé que les déprimés soignés en France. Il n'existe pas de différence entre les togolais au niveau de cette dimension. Pour la stabilité émotionnelle, il existe une différence entre les trois groupes ( $F(2, 267) = 87,71, p < 0,001$ ). Cette différence entre les groupes se limite à celle entre les témoins qui présentent des scores significativement plus élevés que les groupes des déprimés aussi bien au Togo qu'en France.

Toutes les comparaisons des dimensions de la personnalité entre les groupes sont présentées dans le **Tableau 10**.

**Tableau 10 - Comparaison des dimensions de la personnalité entre les groupes**

| Variables              | Population clinique en France (n = 89) | Population clinique au Togo (n = 91) | Témoins au Togo (n = 90) | F     | P     | Test Post Hoc de Bonferroni |
|------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|-------|-------|-----------------------------|
| Agréabilité            | 123,3 (21,5)                           | 115,7 (21,0)                         | 117,6 (23,0)             | 2,89  | 0,057 |                             |
| Conscience             | 99,5 (24,6)                            | 107,3 (20,3)                         | 110,2 (18,4)             | 6,06  | 0,003 | PCT > PCF*<br>TT > PCF **   |
| Extraversion           | 78,6 (40,0)                            | 80,9 (21,6)                          | 86,9 (19,5)              | 3,46  | 0,033 | TT > PCF *                  |
| Stabilité émotionnelle | 49,4 (26,7)                            | 57,5 (33,1)                          | 102,7 (26,7)             | 87,71 | 0,000 | TT > PCT<br>TT > PCF        |
| Ouverture              | 95,3 (21,2)                            | 109,7 (24,0)                         | 99,3 (18,1)              | 11,09 | 0,000 | PCT > TT**<br>PCT > PCF     |

\*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,003$  et pour les autres comparaisons, les différences sont significatives à  $p < 0,001$

PCF = score de la population clinique en France ; PCT = score de la population clinique au Togo ; TT = score des témoins au Togo.

### 3.3 VARIABLES DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ASSOCIEES A LA PERSONNALITE

#### 3.3.1 MATRICES DE CORRELATIONS POUR L'ECHANTILLON TOTAL

Dans l'ensemble de la population d'étude, le score de l'abus total d'enfance était positivement corrélé avec le score du PDQ-4+ qui n'est qu'un index de perturbation de la personnalité ( $r(270) = 0,36, p < 0,01$ ). Le score de l'abus total était également positivement corrélé aux symptômes du cluster A ( $r(270) = 0,36, p < 0,01$ ), du cluster B ( $r(270) = 0,33, p < 0,01$ ) et du cluster C ( $r(270) = 0,24, p < 0,01$ ).

En considérant les dimensions de la personnalité, seule la dimension stabilité émotionnelle était corrélée avec les scores à l'abus total. Cette corrélation était négative de façon significative ( $r(270) = -0,30, p < 0,01$ ). Plus les individus ont subi des traumatismes d'enfance et moins ils ont une stabilité émotionnelle. Tous les types d'abus d'enfance étaient négativement corrélés avec la stabilité émotionnelle et positivement corrélés avec les trois clusters des troubles de la personnalité.

De façon spécifique, l'abus émotionnel était positivement corrélé avec l'ouverture ( $r(270) = 0,17, p < 0,01$ ) et négativement corrélé avec la stabilité émotionnelle ( $r(270) = -0,33, p < 0,01$ ). L'abus émotionnel est positivement corrélé avec le cluster A ( $r(270) = 0,38, p < 0,01$ ), le cluster B ( $r(270) = 0,33, p < 0,01$ ) et le cluster C ( $r(270) = 0,28, p < 0,01$ ).

L'abus physique était positivement corrélé avec le cluster A ( $r(270) = 0,23, p < 0,01$ ), le cluster B ( $r(270) = 0,25, p < 0,01$ ) et le cluster C ( $r(270) = 0,13, p < 0,05$ ) et il est négativement corrélé avec la stabilité émotionnelle ( $r(270) = -0,12, p < 0,05$ ).

L'abus sexuel est négativement corrélé à la stabilité émotionnelle ( $r(270) = -0,19, p < 0,01$ ).

La négligence émotionnelle était corrélée négativement à l'agréabilité ( $r(270) = -0,13, p < 0,05$ ), à l'extraversion ( $r(270) = -0,14, p < 0,05$ ) et à la stabilité émotionnelle ( $r(270) = -0,26, p < 0,01$ ). (Voir le **Tableau 11** pour l'ensemble des corrélations).

**Tableau 11 - Corrélations bivariées pour l'ensemble de l'échantillon, N = 270 (coefficients de Pearson)**

| <b>Variables</b>                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> | <b>9</b> | <b>10</b> | <b>11</b> | <b>12</b> | <b>13</b> | <b>14</b> | <b>15</b> |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>1</b> Abus total                  | 1        |          |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>2</b> Score PDQ-4+                | .36**    | 1        |          |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>3</b> Cluster A                   | .36**    | .81**    | 1        |          |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>4</b> Cluster B                   | .33**    | .90**    | .66**    | 1        |          |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>5</b> Cluster C                   | .24**    | .87**    | .58**    | .68**    | 1        |          |          |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>6</b> Agréabilité                 | -.07     | -.16**   | -.16**   | -.15*    | -.13*    | 1        |          |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>7</b> Conscience                  | .02      | -.12     | .05      | -.12*    | -.16*    | .21**    | 1        |          |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>8</b> Extraversion                | -.06     | -.20**   | -.25**   | .01      | -.27**   | .28**    | .11      | 1        |          |           |           |           |           |           |           |
| <b>9</b> Ouverture                   | .09      | .01      | .07      | .04      | -.10     | .27**    | .24**    | .29**    | 1        |           |           |           |           |           |           |
| <b>10</b> Stabilité<br>émotionnelle  | -.30**   | -.60**   | -.35**   | -.47**   | -.57**   | .11      | .16**    | .25**    | .01      | 1         |           |           |           |           |           |
| <b>11</b> Abus<br>émotionnel         | .84**    | .38**    | .38**    | .33**    | .28**    | -.04     | .01      | -.04     | .17**    | -.33**    | 1         |           |           |           |           |
| <b>12</b> Abus physique              | .74**    | .22**    | .23**    | .25**    | .13*     | -.06     | .01      | .03      | .06      | -.12*     | .56**     | 1         |           |           |           |
| <b>13</b> Abus sexuel                | .69**    | .27**    | .29**    | .24**    | .19**    | .03      | -.03     | -.03     | .03      | -.19**    | .52**     | .52**     | 1         |           |           |
| <b>14</b> Négligence<br>émotionnelle | .73**    | .20**    | .17**    | .19**    | .12*     | -.13*    | .06      | -.14*    | -.01     | -.26**    | .51**     | .31**     | .23**     | 1         |           |
| <b>15</b> Négligence<br>physique     | .69**    | .22**    | .26**    | .21**    | .15*     | -.05     | .02      | -.02     | .08      | -.17**    | .50**     | .36**     | .33**     | .53**     | 1         |

\* p < 0,05 ; \*\* p < 0,01.

### 3.3.2 ASSOCIATIONS ENTRE LES TRAUMAS DE L'ENFANCE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

En vue d'examiner les éventuelles associations entre la sévérité des types d'abus et la présence probable des troubles de la personnalité, des séries de Chi-2 ( $\chi^2$ ) ou des tests exacts de Fisher ont été réalisées séparément dans chaque groupe.

#### 3.3.2.1 Associations dans la population clinique en France

En France, après la dichotomisation de l'ensemble de la population clinique en sous-groupe d'abus sévère ( $n = 47$ ) et en sous-groupe d'abus faible ou absence d'abus ( $n = 42$ ), les principaux résultats montrent l'association entre la sévérité d'abus et la présence des troubles du cluster B ( $\chi^2(1) = 12,09, p < 0,001$ ). Plus spécifiquement l'association est significative pour le trouble de la personnalité borderline ( $\chi^2(1) = 10,55, p < 0,001$ ) et le trouble de la personnalité narcissique ( $\chi^2(1) = 6,25, p < 0,05$ ). Le lien est également significatif entre la présence d'abus sévère et la personnalité schizotypique ( $\chi^2(1) = 4,51, p < 0,05$ ).

En considérant les types d'abus d'enfance, l'abus émotionnel sévère est associé avec les troubles des personnalités paranoïaque ( $p < 0,01$ ) et narcissique ( $p < 0,05$ ).

La négligence émotionnelle est liée au trouble de la personnalité dépendante ( $\chi^2(1) = 4,06, p < 0,05$ ).

La négligence physique sévère est positivement associée avec les troubles du cluster A ( $\chi^2(1) = 7,47, p < 0,01$ ), en l'occurrence le trouble de la personnalité paranoïaque ( $p < 0,05$ ) et le trouble de la personnalité schizotypique ( $p < 0,05$ ). La négligence physique sévère est également associée avec le trouble de la personnalité narcissique ( $\chi^2(1) = 7,57, p < 0,05$ ) (voir le **Tableau 12** pour les principales associations).

L'abus physique et l'abus sexuel sévères ne sont pas liés aux troubles de la personnalité chez les patients inclus en France.

#### 3.3.2.2 Associations dans la population clinique au Togo

Chez les patients soignés au Togo pour un épisode dépressif majeur, l'abus physique sévère est associée avec la présence probable des troubles de la personnalité antisociale ( $\chi^2(1) = 6,94,$

$p < 0,05$ ), de la personnalité obsessionnelle-compulsive ( $\chi^2(1) = 8,84$ ,  $p < 0,01$ ) et de la personnalité négativiste ( $\chi^2(1) = 3,67$ ,  $p < 0,05$ ).

L'abus émotionnel sévère est associé à la personnalité histrionique ( $\chi^2(1) = 4,29$ ,  $p < 0,05$ ).

L'abus sexuel, la négligence émotionnelle et la négligence physique ne sont pas associés aux troubles de la personnalité dans la population clinique des déprimés soignés au Togo (voir **Tableau 12**).

**Tableau 12 - Associations entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité chez les patients en France et au Togo**

| Sévérité du type d'abus/négligence | Pays                                   |          |          |                                      |          |          |
|------------------------------------|--|----------|----------|--------------------------------------|----------|----------|
|                                    | Population clinique en France (n = 89) |          |          | Population clinique au Togo (n = 91) |          |          |
|                                    | TP                                     | $\chi^2$ | <i>P</i> | TP                                   | $\chi^2$ | <i>P</i> |
| Abus émotionnel                    | Paranoïaque                            | 7,08     | 0,008    | Histrionique                         | 4,29     | 0,038    |
|                                    | Narcissique                            | 5,68     | 0,027*   |                                      |          |          |
| Abus physique                      | -                                      | -        | -        | Antisociale                          | 6,94     | 0,016*   |
|                                    |  |          |          | TOC                                  | 8,84     | 0,003    |
|                                    |  |          |          | Négativiste                          | 3,67     | 0,050    |
| Abus sexuel                        | -                                      | -        | -        | -                                    | -        | -        |
| Négligence émotionnelle            | Dépendante                             | 4,06     | 0,044    | -                                    | -        | -        |
| Négligence physique                | Cluster A                              | 7,47     | 0,006    | -                                    | -        | -        |
|                                    | Paranoïaque                            | 6,34     | 0,012    |                                      |          |          |
|                                    | Schizotypique                          | 6,42     | 0,011    |                                      |          |          |
|                                    | Narcissique                            | 7,54     | 0,013*   |                                      |          |          |

TOC : trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

\* Test exact de Fisher.

Pour toutes les analyses, le degré de liberté (ddl) est 1.

NB : Nous n'avons reporté que les troubles de la personnalité pour lesquels des associations ont été établies avec les traumatismes de l'enfance de façon significative.

Au Togo, après la dichotomisation, vu la disproportion entre le sous-groupe d'abus sévère et celui d'abus faible ou absence d'abus ( $n = 81$  vs.  $n = 10$ ), les analyses corrélationnelles entre la sévérité d'abus et les troubles de la personnalité sont insignifiantes.

### **3.3.2.3 Associations chez les témoins au Togo**

Chez les témoins au Togo, l'abus émotionnel est associé avec la présence des troubles du cluster C (test exact de Fisher,  $p = 0,048$ ). L'abus sexuel est lié aux critères d'existence des troubles du cluster A ( $\chi^2(1) = 4,68, p < 0,05$ ) et au trouble de la personnalité négativiste (test exact de Fisher,  $p = 0,029$ ). La négligence physique est associée au trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ( $\chi^2(1) = 6,85, p < 0,01$ ).

L'abus physique et la négligence émotionnelle ne sont liés à aucun trouble de la personnalité chez les témoins.

Vu l'existence d'association entre les différentes sortes de traumatismes d'enfance et certains troubles de la personnalité, des analyses de régressions logistiques ont été faites pour évaluer le risque de survenue de ces troubles en fonction de la nature du trauma.

### **3.3.3 PREDICTIONS DES RISQUES DE TROUBLES DE LA PERSONNALITE PAR LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE**

Des analyses de régression logistique ont été réalisées indépendamment dans les populations de patients soignés en France et au Togo pour la dépression, en vue d'évaluer le risque d'existence probable de différents troubles de la personnalité, suite aux traumatismes vécus dans l'enfance, lorsqu'il existe une association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de personnalité.

### 3.3.3.1 Prédiction des risques dans la population clinique de France

Les analyses de régression logistique ont été effectuées en entrant les clusters et les troubles de la personnalité comme des variables dépendantes d'une part, et d'autre part, en entrant les 5 types d'abus ou négligence comme variables indépendantes. Les données sociodémographiques telles que le sexe et l'âge ont été contrôlées. Les principaux résultats suggèrent que l'abus émotionnel sévère augmente de 8,7 fois le risque de présence du trouble de la personnalité narcissique (OR = 8,73 ; 95% CI : 1,22-62,23).

La négligence physique sévère augmente le risque de présence des troubles du cluster A. Le risque est multiplié par 6 pour l'ensemble des troubles du cluster A (OR = 6,04 ; 95% CI : 1,29-28,21). La présence de la négligence physique augmente également de 8 fois le risque d'existence de la personnalité narcissique (OR = 8,47 ; 95% CI : 1,20-59,80). (Voir **Tableau 13** pour l'ensemble des prédictions).

**Tableau 13 - Prédiction des troubles de la personnalité par les types d'abus sévère dans le groupe des patients soignés en France : n = 89 (régressions logistiques multivariées)**

| Type d'abus sévère  | Troubles de la personnalité | Odds Ratio | 95%CI      | P      |
|---------------------|-----------------------------|------------|------------|--------|
| Abus émotionnel     | Narcissique                 | 8,73       | 1,22-62,23 | 0,031  |
| Négligence physique | Cluster A                   | 6,04       | 1,29-28,21 | 0,022  |
|                     | Paranoïaque                 | 3,43       | 0,99-11,82 | 0,051* |
|                     | Schizotypique               | 3,08       | 0,97-9,80  | 0,056* |
|                     | Narcissique                 | 8,47       | 1,20-59,80 | 0,032  |

\* Les valeurs de *P* sont presque significatives, raison pour laquelle, nous avons considéré ces troubles de la personnalité.

NB : Les autres types d'abus ne prédisent pas significativement la présence de trouble de la personnalité. Dans toutes les analyses, les variables « âge » et « sexe » ont été contrôlées.

En considérant la présence de tout type d'abus sévère après avoir dichotomisé le groupe des patients français en 2 sous-groupes (sous-groupe avec abus sévère et sous-groupe sans abus sévère), nous avons examiné le risque de présence de trouble de la personnalité. Ainsi, il s'avère que la présence d'abus sévère quel qu'il soit augmente le risque de présence du cluster B de plus de 4 fois (OR = 4,76 ; 95% CI : 1,83-12,59). Plus spécifiquement ce risque est multiplié par 4 pour la personnalité borderline (OR = 4,28 ; 95% CI : 1,67-10,96) et par 13

pour la personnalité narcissique (OR = 13,07 ; 95% CI : 1,46-117,17). La présence d'abus sévère augmente également le risque de présence de la personnalité schizotypique (OR = 2,72 ; 95% CI : 1,03-7,22). Le **Tableau 14** présente les détails des résultats des différentes régressions logistiques.

**Tableau 14 - Prédiction des troubles de la personnalité par la présence d'abus sévère dans le groupe des patients soignés en France : n = 89 (régressions logistiques bivariées)**

|  | Troubles de la personnalité | Odds Ratio | 95%CI       | P     |
|--|-----------------------------|------------|-------------|-------|
| <b>Présence d'abus sévère quelconque</b> | Schizotypique               | 2,72       | 1,03-7,22   | 0,044 |
|  | Cluster B                   | 4,76       | 1,83-12,59  | 0,001 |
|  | Borderline                  | 4,28       | 1,67-10,96  | 0,002 |
|  | Narcissique                 | 13,07      | 1,46-117,17 | 0,022 |

NB : Les variables « âge » et « sexe » ont été contrôlées dans la première étape des analyses.

### 3.3.3.2 Prédiction des risques dans la population clinique au Togo

La procédure utilisée pour les patients de France a été reprise pour l'évaluation des risques de présence des troubles de la personnalité en lien avec les traumatismes de l'enfance en contrôlant les variables sociodémographiques (âge et sexe).

Les résultats des analyses de régression logistique suggèrent qu'au Togo, l'abus physique sévère augmente le risque de survenue des troubles de la personnalité antisociale (OR = 62,92 ; 95% CI : 2,45-1562,30), de la personnalité obsessionnelle-compulsive (OR = 4,46 ; 95% CI : 1,35-14,74) et de la personnalité négativiste (OR = 3,28 ; 95% CI : 1,02-10,56).

L'abus émotionnel sévère par contre diminue le risque de présence des troubles de la personnalité histrionique (OR = 0,14 ; 95% CI : 0,03-0,62) (Voir le **Tableau 15** pour les résultats des régressions logistiques effectuées).

**Tableau 15 - Prédiction des troubles de la personnalité par les types d'abus sévère dans le groupe des patients soignés au Togo : n = 91 (régressions logistiques multivariées)**

| Type d'abus sévère     | Troubles de la personnalité | Odds Ratio | 95% CI       | P     |
|------------------------|-----------------------------|------------|--------------|-------|
| <b>Abus émotionnel</b> | Histrionique                | 0,14       | 0,03-0,62    | 0,010 |
|                        | Antisociale                 | 62,92      | 2,45-1562,30 | 0,012 |
| <b>Abus physique</b>   | Obsessionnelle-compulsive   | 4,46       | 1,35-14,74   | 0,014 |
|                        | Négativiste                 | 3,28       | 1,02-10,56   | 0,046 |

NB : Les variables « genre » et « âge » ont été contrôlées dans la première étape des analyses.

### 3.3.3.3 Prédiction des risques dans la population témoin au Togo

Les analyses de régressions logistiques ont été effectuées en tenant compte de l'existence d'association entre les traumatismes de l'enfance et certains troubles de la personnalité. Les résultats des analyses de régression logistique suggèrent que chez les témoins, la négligence physique sévère augmente le risque de survenue des troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive (OR = 8,24 ; 95% CI : 1,65 – 41,09) (Voir le **Tableau 16** pour les détails).

**Tableau 16 - Prédications du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive par les abus/négligence d'enfance chez les témoins : (n = 90), régression logistique multivariée**

| Types d'abus               | Odds ratio  | 95% CI              | P            |
|----------------------------|-------------|---------------------|--------------|
| Abus émotionnel            | 1,60        | 0,32 – 7,87         | 0,565        |
| Abus physique              | 2,79        | 0,69 – 11,19        | 0,148        |
| Abus sexuel                | 0,66        | 0,18 – 2,37         | 0,521        |
| Négligence émotionnelle    | 1,61        | 0,50 – 5,18         | 0,421        |
| <b>Négligence physique</b> | <b>8,24</b> | <b>1,65 – 41,09</b> | <b>0,010</b> |

NB : Les variables « genre » et « âge » ont été contrôlées.

### 3.3.4 PARCOURS DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE AUX TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Des analyses de médiation ont été effectuées indépendamment dans chaque groupe en vue d'examiner la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité (score du PDQ-4+) à travers les dimensions de la personnalité.

#### 3.3.4.1 Analyse de médiation pour les patients en France

L'objectif de cette analyse était d'examiner l'effet médiateur potentiel des dimensions de la personnalité entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité (score PDQ-4+). Ainsi les 5 médiateurs proposés (dimensions de la personnalité) ont été considérés ensemble dans un seul modèle. La signification des effets indirects a été testée avec une procédure de ré-échantillonnage de type bootstrapping (Preacher et Hayes, 2008). Dans notre étude, 1000 échantillons ont été générés et les effets indirects ont été calculés pour former un intervalle de confiance à 95%, corrigé pour le biais d'estimation.

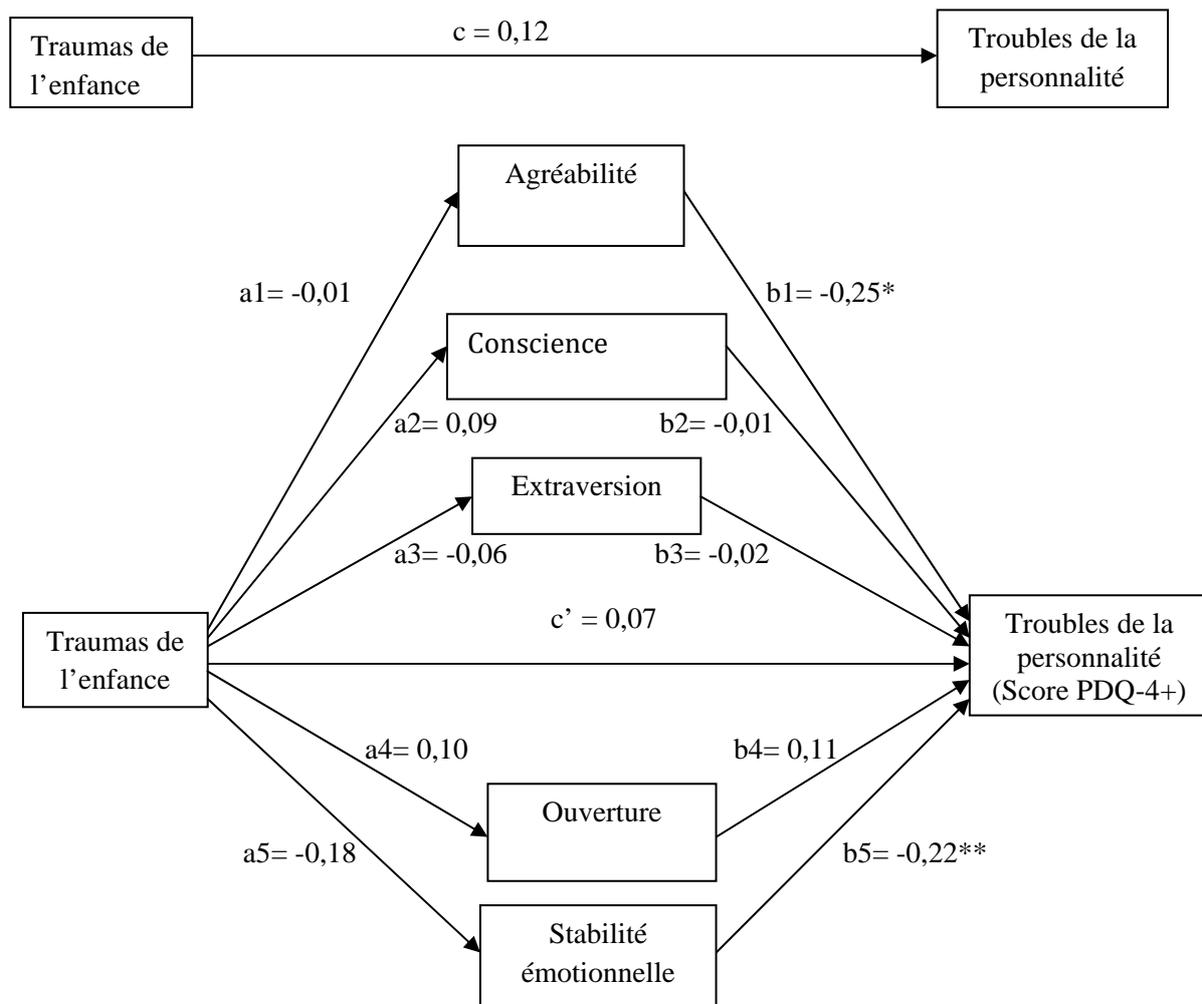
L'abus total d'enfance a été entré comme variable indépendante, le score du PDQ-4+ comme variable dépendante et les cinq dimensions de la personnalité comme variables médiatrices. Le sexe, l'âge et les antécédents de maladies organiques sévères ont été considérés comme covariables et ont été contrôlés.

Le modèle proposé explique 32,6% de la variance des troubles de la personnalité (score du PDQ-4+) avec ( $F(9, 79) = 5,74, p < 0,0001$ ).

Les résultats de l'analyse de médiation basée sur un ré-échantillonnage de 1000 suggèrent que les dimensions de la personnalité ne servent pas de médiation dans la relation entre les abus d'enfance et les troubles de la personnalité ( $c = 0,12, p > 0,05$  ;  $c' = 0,07, p > 0,05$  ;  $B(SE) = 0,05(0,06)$  (I. C. 95% :  $-0,050 - 0,195$ )).

Comme le montre la figure 3, l'agréabilité et la stabilité émotionnelle sont deux dimensions qui sont liées au score du PDQ-4+ de façon significative. Il n'existe pas de lien significatif entre l'ensemble des traumatismes de l'enfance et aucune dimension de la personnalité (voir **Figure 3**).

**Figure 3 - Relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à travers les dimensions de la personnalité chez les patients de France (n = 89)**



\*  $p < 0,001$

\*\*  $p < 0,0001$

$p > 0,05$  pour toutes les autres associations

B(SE) = 0,05(0,06) (I. C. 95% : -0,050 – 0,195).

### 3.3.4.2 Analyse de médiation pour les patients au Togo

L'analyse de médiation a été réalisée pour évaluer la relation de médiation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à travers les dimensions de la personnalité. Il s'agit de la même procédure que celle utilisée pour le groupe des patients déprimés soignés en France avec un ré-échantillonnage de type bootstrapping (Preacher et Hayes, 2008) générant 1000 échantillons. Le score du PDQ-4+ est considéré comme la variable dépendante, le score de l'abus total des traumatismes de l'enfance comme la variable indépendante et les dimensions de la personnalité comme les variables médiatrices. Les données sociodémographiques (âge et sexe) et les antécédents de maladies organiques sévères ont été contrôlés.

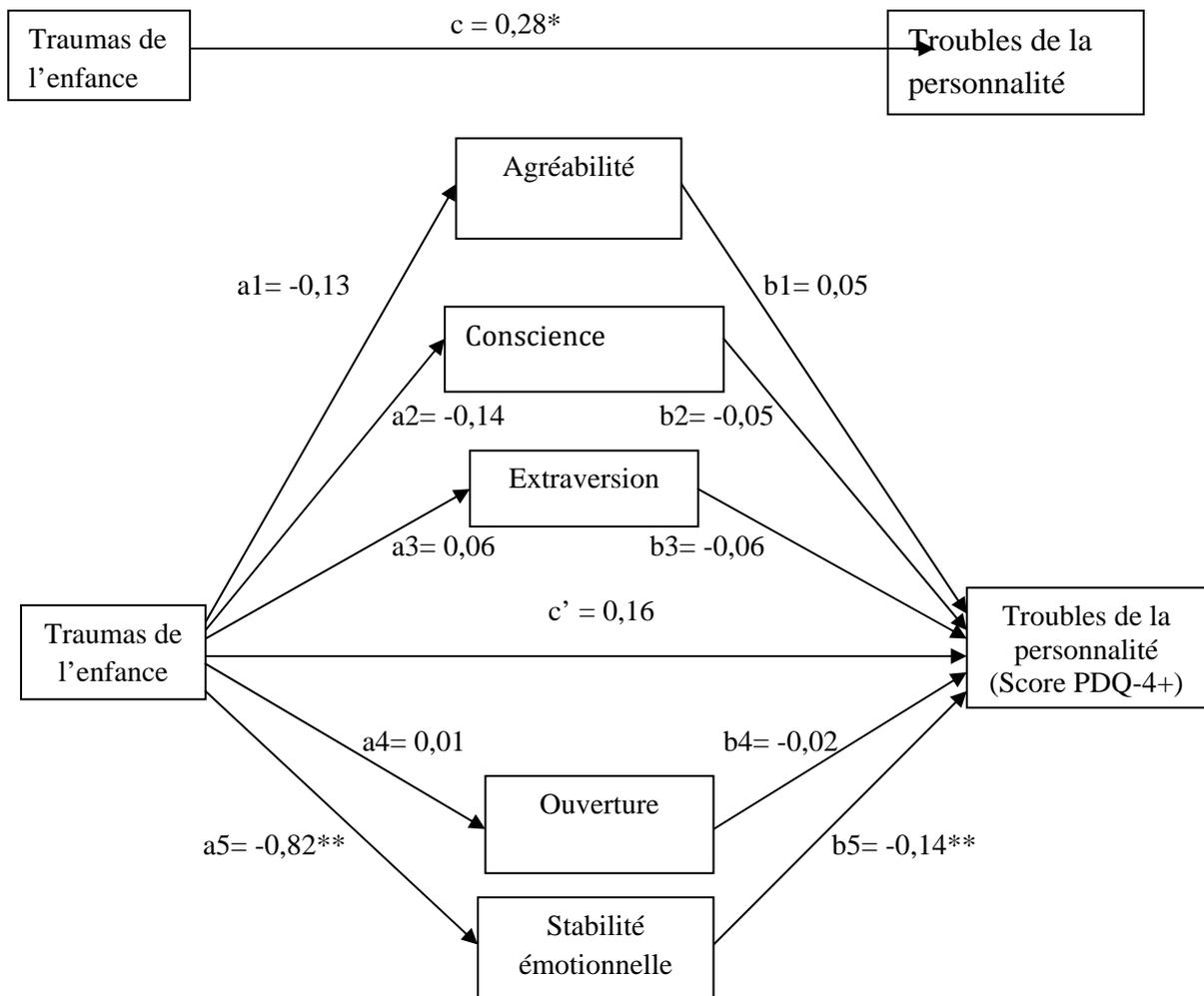
Le modèle proposé explique 17,7% de la variance des troubles de la personnalité (score du PDQ-4+) avec ( $F(9, 81) = 3,16, p < 0,01$ ).

Les résultats des analyses suggèrent que les 5 dimensions de la personnalité agissent ensemble comme médiateur de la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité ( $c = 0,28, p < 0,01$  ;  $c' = 0,16, p = 0,089$  ;  $B(SE) = 0,12(0,05)$  (I. C. 95% :  $0,027 - 0,238$ )). Il s'agit d'une médiation totale, vu que le seuil de signification de  $c'$  est supérieur à 0,05.

L'examen des effets médiateurs spécifiques démontre toutefois que sur les 5 dimensions, seule la stabilité émotionnelle basse (névrosisme élevé) contribue à la relation de médiation observée ( $a = -0,82, p < 0,001$  ;  $b = -0,14, p < 0,001$  ;  $B(SE) = 0,12(0,04)$  (I. C. 95% :  $0,046 - 0,231$ )). Ainsi, plus les traumatismes de l'enfance sont élevés, plus le sujet connaît une instabilité émotionnelle, instabilité qui est associée aux troubles de la personnalité (score PDQ-4+). Dans ce modèle, la relation directe « traumatismes de l'enfance – score PDQ-4+ » (représentée par  $c'$ ) n'est pas significative. C'est l'ajout des dimensions de la personnalité qui entraîne une signification de cette association par le biais de la stabilité émotionnelle basse ou instabilité émotionnelle (voir **Figure 4**).

A l'issue des deux analyses de médiation, nous remarquons que chez les patients togolais, les dimensions de la personnalité, en l'occurrence la stabilité émotionnelle, jouent un rôle médiateur entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à l'âge adulte. Par contre, cette association n'est pas observée chez les patients de France.

**Figure 4 - Relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à travers les dimensions de la personnalité chez les patients du Togo (n = 91)**



\*  $p < 0,01$

\*\*  $p < 0,001$

$p > 0,05$  pour toutes les autres associations

B(SE) = 0,12(0,05) (I. C. 95% : 0,027 – 0,238)

### 3.3.4.3 Analyse de médiation pour les témoins du Togo

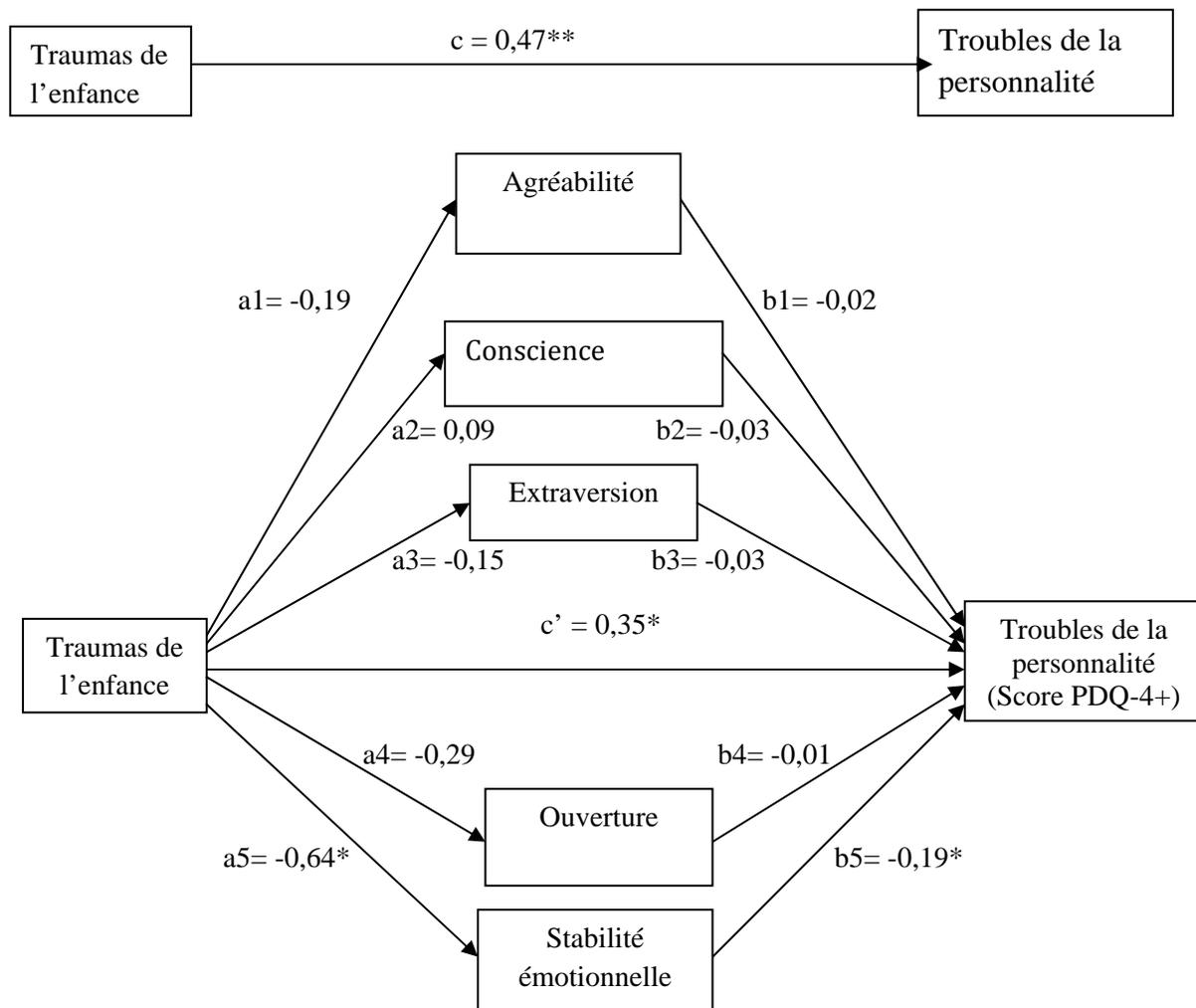
La procédure utilisée est identique à celle décrite avec les deux groupes des patients. Ainsi, pour réaliser l'analyse de médiation, nous avons entré le score de l'abus total d'enfance comme des variables indépendantes (VI), le score du PDQ-4+ comme des variables dépendantes (VD), les dimensions de la personnalité comme variables médiatrices (VM) et le sexe, l'âge et les antécédents de maladie organique sévère (covariables).

Le modèle proposé explique 39,7% de la variance des troubles de la personnalité (score du PDQ-4+) avec ( $F(9, 80) = 7,52, p < 0,0001$ ).

Les principaux résultats montrent que les dimensions de la personnalité prises ensemble jouent un rôle de médiation partielle dans la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité ( $c = 0,48, p < 0,0001$  ;  $c' = 0,35, p < 0,01$  ;  $B(SE) = 0,12(0,07)$  (I. C. 95% : 0,002 - 0,277)). L'examen des effets médiateurs spécifiques démontre néanmoins que sur les 5 dimensions, seule la stabilité émotionnelle basse (névrosisme élevé) contribue à la relation de médiation observée ( $a = -0,63, p < 0,01$  ;  $b = -0,18, p < 0,01$  ;  $B(SE) = 0,12(0,06)$  (I. C. 95% : 0,025 - 0,278)). (Voir la **Figure 5**).

Chez les témoins du Togo, le score des traumas de l'enfance élevé s'associe à l'instabilité émotionnelle (stabilité émotionnelle basse ou névrosisme élevé) qui est significativement liée à la perturbation de la personnalité (score PDQ-4+).

**Figure 5 - Relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à travers les dimensions de la personnalité chez les témoins du Togo (n = 90)**



\*  $p < 0,01$

\*\*  $p < 0,0001$

$p > 0,05$  pour toutes les autres associations

B(SE) = 0,12(0,07) (I. C. 95% : 0,002 – 0,277)

## **QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION**

## 4 DISCUSSION

Cette recherche a permis de comparer les traumatismes de l'enfance, les troubles et les dimensions de la personnalité entre les patients soignés en France ou au Togo pour un épisode dépressif majeur et une population témoin au Togo, d'examiner l'association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité d'une part, et d'autre part, d'examiner le parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité à l'âge adulte dans notre population d'étude. Elle a également permis d'évaluer le risque de survenue des troubles de la personnalité actuels, en fonction des types de traumatismes de l'enfance.

Notre discussion va porter aussi bien sur les résultats que sur la méthodologie adoptée dans cette étude.

### 4.1 DISCUSSION DES RESULTATS

#### 4.1.1 FREQUENCES DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE

Dans notre échantillon, comme le montre le **Tableau 4**, nous avons eu des fréquences de traumas de l'enfance de 52,8% chez les patients soignés en France, de 89% chez les patients soignés au Togo et de 61,1% chez les témoins togolais. Paquette et al. (2007) ont rapporté des prévalences de 45,3% de présence de traumatismes de l'enfance auprès d'un échantillon clinique de mères contre 50-60% rapportées dans d'autres études (Rainey et al., 1995). La fréquence de la population clinique de France se rapproche de celle évoquée par Rainey et al. (1995). Par contre, la fréquence dans l'échantillon des patients togolais semble être plus élevée que celle mentionnée par Rainey (50-60% vs. 89%).

Dans la population témoin, nous avons trouvé une fréquence de 17,8% d'abus physique. Paquette et al. (2004) ont trouvé des prévalences d'abus physique de 13,9% chez les femmes et de 8,8% chez les hommes dans un échantillon général de sujets âgés de 14 à 44 ans. Dans le contexte socioculturel de l'Afrique Subsaharienne, des fréquences très élevées de punitions ou d'abus physique allant de 61% à 100% (Biyong, 1990 ; Mbaye, 1990 ; Matchinda, 1999 ; Dassa, 2005) ont été retrouvées dans la population générale. La fréquence de l'abus physique

retrouvée dans notre étude est nettement inférieure à celles mentionnées par les auteurs susmentionnés. Cette différence peut s'expliquer par le fait que, dans ces travaux, les auteurs n'ont pas évalué le caractère potentiellement traumatogène des punitions ou sévices physiques.

La fréquence d'abus sexuel retrouvée dans notre recherche (29,2%) se situe dans les tranches évoquées par les travaux ultérieurs aussi bien en Occident qu'en Afrique Subsaharienne. En effet, Holmes et Slap (1998) évoquaient des prévalences d'abus sexuel variant de 4 à 76% chez les garçons alors que Finkelhor (1994b) rapportait des taux allant de 8 à 32% dans la population générale. En Afrique Subsaharienne, des fréquences d'abus sexuel de 27,7% ont été retrouvées chez les étudiants tanzaniens contre 33,2% au Swaziland (Reza et al., 2009). Des prévalences de 42,56% d'abus sexuel en Afrique du Sud (Carey et al., 2008) ont été rapportées par les femmes. Nos résultats en Afrique Subsaharienne Francophone, en l'occurrence au Togo, confirment ceux de la littérature internationale et la complètent, vu la rareté des travaux relatifs aux fréquences des traumatismes de l'enfance qui y sont consacrés et publiés.

La fréquence de la négligence physique de 22,2% chez les témoins togolais est supérieure aux 2,8% chez les femmes et 3,5% chez les hommes rapportées par Paquette et al. en 2004 tandis que la prévalence de la négligence émotionnelle de 32,2% retrouvée chez l'ensemble des témoins se rapproche des fréquences de 29,2% chez les femmes et de 32,5% chez les hommes, trouvées par Paquette et al (2004).

Dans la population clinique dépressive, la prévalence de l'abus sexuel est de 29,2% en France contre 57,1% au Togo. La fréquence retrouvée en France semble se rapprocher des 25% rapportée par Paquette et al. (2004) auprès d'un échantillon d'adolescentes ayant un diagnostic de dépression majeure. Tucci et al. (2010) ont trouvé au Brésil des fréquences d'abus sexuel de 20% chez les femmes souffrant d'EDM. Le pourcentage de l'abus sexuel rapporté par les patients du Togo est supérieur à celui rapporté en France (dans notre étude) et au Canada (Paquette et al., 2004). Dans la population clinique, la fréquence de l'abus physique est de 14,6% en France et de 34,1% au Togo. Paquette et al. ont trouvé des fréquences d'abus physique de 10,7% dans l'échantillon des mères souffrant d'EDM.

En considérant l'ensemble des fréquences des traumatismes de l'enfance, il s'avère que les taux trouvés dans l'échantillon de France se rapprochent de ceux évoqués dans la littérature (travaux effectués en Occident) et les prévalences retrouvées au Togo semblent être plus élevées que celles de France et de l'Occident en général.

D'autres études ont trouvé des fréquences élevées d'abus et de négligences chez les patients souffrant d'EDM. Par exemple pour l'abus physique, des fréquences de 43,4% (Anda et al., 2002), de 54,3% (Tucci et al.), de 60% (Bernet et Stein, 1999) chez les hommes ; de 51,4% (Tucci et al., 2010), de 56,6% (Twomey et al., 2000) et de 67,1% (Harkness et Monroe, 2002) chez les femmes ont été retrouvées. La différence des fréquences dans notre étude avec celles mentionnées ci-dessus pourrait aussi s'expliquer par les instruments de mesure utilisés pour l'évaluation des traumatismes de l'enfance.

En vue de mieux expliquer certaines différences liées éventuellement au contexte socioculturel, nous avons décidé d'examiner les prévalences d'abus/négligence uniquement chez les patients.

#### *4.1.2 COMPARAISON DES PREVALENCES DES TRAUMATISMES D'ENFANCE DANS LA POPULATION CLINIQUE*

En considérant uniquement la population clinique de patients soignés en France et au Togo pour un EDM, les résultats ont montré que les patients au Togo rapportaient de façon significative plus de traumatismes d'enfance que leurs homologues de France. Ce résultat confirme les spéculations de Connor et Butterfield (2003) rapportées par Oladeji et al. (2010) selon lesquelles les traumatismes de l'enfance seraient plus élevés dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Ce résultat se rapproche également de celui évoqué dans des travaux antérieurs. En effet, dans une étude comparative entre l'Afrique du Sud et la Suède, Lochner et al. (2010) ont trouvé que les participants sud-africains rapportaient significativement plus de traumatismes de l'enfance que leurs homologues suédois. En particulier, il s'agit des scores de l'abus sexuel, de la négligence émotionnelle et de la négligence physique. Lochner et al. n'ont pas trouvé de différence entre sud-africains et suédois pour les abus émotionnel et physique. Par contre, nous avons trouvé une différence

significative pour tous les types d'abus. La différence pourrait s'expliquer par le fait que dans l'étude de Lochner et al. (2010), il s'agit des patients avec des diagnostics de trouble panique et de phobie sociale.

En général, nous pourrions dire que les différences d'abus/négligence observées chez les patients togolais par rapport aux patients français et aux études effectuées en Occident sont liées aux variations culturelles. Car comme le soutenaient Seedat et al. (2004), des distinctions culturelles interviennent dans la perception et l'interprétation des événements traumatiques.

#### *4.1.3 DIFFERENCES DE PERSONNALITE*

##### **4.1.3.1 Comparaison des troubles de la personnalité**

Les scores du PDQ-4+ sont significativement plus élevés chez les patients togolais que chez leurs homologues français chez qui les scores du PDQ-4+ sont plus élevés que ceux des témoins togolais. Le fait que les témoins présentent moins de symptômes de troubles de la personnalité que les déprimés pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de traumatismes de l'enfance dans la population dépressive.

Les patients togolais présentaient des scores du PDQ-4+ significativement supérieurs à ceux des patients soignés en France. Il en est de même pour le nombre des symptômes des clusters A et B. Ce résultat est contraire à ceux de Thuo, Ndeti, Maru, & Kuria (2008) réalisés auprès des patients hospitalisés en psychiatrie au Kenya et selon lesquels les patients africains présentaient des fréquences moins élevées de troubles de la personnalité, en comparaison aux patients psychiatriques des Etats-Unis et de l'Europe. La différence de nos résultats en comparaison avec ceux de la littérature pourrait être due au fait que le PDQ-4+ n'a pas été validé au Togo. Aussi pourrions-nous nous demander si tous les patients (en l'occurrence ceux du Togo) comprennent tous les items du CTQ. Même si nous avons pris le temps de tout expliquer, des éventuels biais liés à la compréhension de tous les items ne pourraient être totalement exclus.

Le fait qu'il n'existe pas de différence significative entre les patients de France et du Togo pour les symptômes du cluster C, pourrait trouver son explication dans leur état de santé au

moment de leur évaluation d'une part, et d'autre part, par leurs antécédents de traumatismes de l'enfance. En effet, les patients togolais et français étant tous déprimés, nous pourrions penser qu'il existe une certaine anxiété liée à leur état. Vu que les personnes ayant les troubles du cluster C sont considérés comme anxieux, il est donc normal que des traits anxieux se retrouvent à la fois en France et au Togo dans cette population, en proportion assez semblable.

Il existe une différence significative entre les trois groupes en considérant l'intensité du narcissisme. La population clinique togolaise présentait une intensité de narcissisme mesurée par le NPI-16 significativement plus élevée que celle des patients de France. Ce résultat confirmait notre étude antérieure effectuée en 2008 dans laquelle les personnes ayant une addiction aux substances psychoactives au Togo avaient une fréquence significativement plus élevée de trouble de la personnalité narcissique que leurs homologues en France. Notre résultat va dans le même sens que ceux de Rossier et al. (2008) qui ont trouvé, dans leur étude, que les participants de toutes les régions d'Afrique Francophone (Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, Afrique Centrale et Ile Maurice) avaient un nombre moyen de symptômes de la personnalité narcissique plus élevé que les participants suisses. Le fait que les témoins togolais présentaient un score du narcissisme légèrement plus élevé nous interroge sur l'origine de cette différence. Nous pourrions nous demander si cette différence est liée à la variation socioculturelle. En effet, comme le soutenaient Rigozzi et al. (2009), l'environnement culturel a une influence sur les troubles de la personnalité et sur la structure sous-jacente qui les soutend. Une explication probable de narcissisme élevé au Togo par rapport à la France peut s'expliquer par le mode de société. En effet, au Togo, comme dans beaucoup de pays de l'Afrique Subsaharienne, il s'agit d'une société collectiviste. Lors des prises de décisions ou de résolution de problème, chaque individu est appelé à s'investir, à donner le meilleur de lui-même. Que ce soit au niveau familial ou de la société élargie, on encourage l'individu à se dépasser, on le motive. Cette émulation perpétuelle pourrait accroître les possibilités ou capacités narcissiques chez les togolais avec une certaine surestimation de leur moi. L'exemple donné par Bouvard (2009) va dans le même sens. En effet, Bouvard soutenait que plus les individus ont un narcissisme élevé et plus ils participent à la prise de décision en groupe. Nous pensons que chez les togolais, de façon similaire, en participant activement et de façon régulière aux prises de décision en groupe, le narcissisme des togolais va être permanemment sollicité et ainsi s'élever. Le fait que le groupe (famille élargie ou société) sollicite fréquemment l'individu pourrait amener ce dernier à se sentir « spécial » avec émergence des symptômes ou traits narcissiques. Des études portant

spécifiquement sur le narcissisme et le trouble de la personnalité narcissique permettraient de mieux comprendre ce taux élevé de narcissisme retrouvé au Togo dans nos travaux.

En considérant les participants du Togo, les déprimés rapportaient plus de troubles de la personnalité que les témoins. Cette différence est significative aussi bien pour les scores du PDQ-4+ que pour les trois clusters des troubles de la personnalité. Ces résultats sont similaires aux travaux de Yang et al. (2000) qui montraient que les patients psychiatriques avaient des scores plus élevés à tous les troubles de la personnalité, comparés à une population non-clinique de participants. Même au Togo, cette différence est observée et elle nous permet de dire qu'il s'agit d'un fait qui se retrouve dans tous les milieux socioculturels.

Lorsque nous considérons le nombre de symptômes des 12 troubles de la personnalité spécifiques, il existe une différence entre les trois groupes ( $p < 0,001$  pour les comparaisons intergroupes de tous les troubles). L'existence de différence pourrait être liée à la fois à la variation des groupes d'étude (population clinique *vs.* population témoin sans antécédents psychiatriques), d'une part, et d'autre part, au changement du contexte socioculturel de l'étude (France *vs.* Togo).

Comme le montre le **Tableau 8**, les patients togolais présentaient plus de symptômes de troubles de la personnalité pour tous les clusters. Ce résultat est similaire à ceux de Rossier et al. (2008) qui ont trouvé que les scores des symptômes des troubles de la personnalité étaient systématiquement plus élevés chez les africains, en comparaison à leurs homologues suisses, alors qu'ils ont utilisé l'International Personality Disorder Examination (IPDE) pour l'évaluation des troubles de la personnalité. Cette différence de scores de symptômes de troubles de la personnalité entre africains et européens nous interroge sur la pertinence de l'utilisation des questionnaires dans l'évaluation des troubles de la personnalité dans des contextes culturels différents, sans leur adaptation et validation préalables. Des travaux antérieurs se sont intéressés à la pertinence de l'utilisation des questionnaires d'évaluation des troubles de la personnalité et ces recherches considèrent que les scores ne pourraient être comparables (Rossier, Dahourou et McCrae, 2005 ; Rossier et al., 2007).

#### 4.1.3.2 Comparaison des dimensions de la personnalité

Les témoins togolais et les patients togolais avaient des scores de conscience significativement plus élevés que la population clinique d'EDM soignée en France. Donc indépendamment de l'état de santé, les togolais avaient des scores de conscience plus élevés que les français de façon significative. Ce résultat confirmait la littérature en l'occurrence les résultats des travaux de Schmitt et al. (2007) selon lesquels les nations africaines avaient des scores plus élevés à la dimension conscience, en comparaison aux autres régions du monde telles que l'Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord, l'Asie du Sud et l'Océanie.

Il n'existe pas de différence entre les trois groupes en ce qui concerne la dimension « agréabilité ». Ce résultat est contraire aux travaux de Schmitt et al. (2007) qui avaient trouvé que les populations africaines étaient plus agréables que ceux des pays de l'Europe. La différence de nos résultats par rapport à ceux de Schmitt et al. (2007) pourrait s'expliquer par la différence des instruments de mesure. Nous avons utilisé dans notre étude, l'IPIP-50 de Goldberg avec des items à 17 points alors que Schmitt et al. (2007) ont utilisé le Big Five Inventory (Inventaire des Cinq Grands facteurs de traits de personnalité) de Benet-Martínez et John (1998).

Le fait que les témoins togolais soient plus extravertis que la population clinique dépressive de France, confirme en partie les recherches de schmitt et al. (2007).

Il existe une différence entre les trois groupes en considérant la dimension « stabilité émotionnelle ou névrosisme ». En effet, les témoins du Togo présentaient des scores moyens de stabilité émotionnelle significativement plus élevés que les patients dans les deux pays. La différence pourrait être liée au fait que les patients avaient vécu plus de traumatismes de l'enfance, en comparaison aux témoins. Même, si la différence n'est pas significative, les déprimés du Togo avaient des scores de stabilité émotionnelle légèrement supérieurs que les patients en France. Ce dernier résultat se rapproche de ceux de Schmitt et al. (2007) pour qui, les participants africains présentaient des scores de stabilité émotionnelle plus élevés que les participants occidentaux. Le fait que cette différence entre la population clinique dépressive de France et du Togo n'est pas significative pourrait s'expliquer par la différence de population d'étude. En effet, l'échantillon d'étude de Schmitt et al. est constitué majoritairement de collégiens sans « épisode dépressif majeur » avéré. La dépression pourrait

expliquer que les scores à la dimension « stabilité émotionnelle » en France se rapprochent à ceux du Togo.

Pour la dimension « ouverture », il existe une différence entre les trois groupes ( $F(2, 267) = 11,09, p < 0,001$ ). En effet, les patients togolais rapportaient des scores significativement plus élevés que ceux soignés en France. Les témoins togolais avaient des scores légèrement supérieurs aux patients français, même si cette différence n'est pas significative. Ces résultats sont contraires à ceux de Schmitt et al. (2007) qui avaient trouvé que les scores des nations africaines étaient plus bas par rapport aux scores des autres régions du monde. Cette différence pourrait s'expliquer par le changement d'instruments de mesure d'une part, et d'autre part par des variations intra-groupes. En effet, Schmitt et al. ont constitué dix aires géographiques dans leur étude. Ils avaient par exemple les aires suivantes : l'Europe de l'Ouest, l'Europe de l'Est, l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud, l'Asie du Sud, l'Asie de l'Est. Ils ont considéré l'Afrique comme une aire géographique. Or, il n'est pas à exclure que même au sein de l'Afrique, il existe des disparités. Par exemple, les 7 pays africains dans lesquels leur étude s'est déroulée étaient : l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Ethiopie, le Maroc, la République Démocratique du Congo, la Tanzanie et le Zimbabwe. Il n'y avait aucun pays de l'Afrique Occidentale (comme le Togo) dans l'échantillon africain de leur étude. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les scores élevés à la dimension « ouverture » existe en Afrique de l'Ouest, en comparaison aux scores de l'Europe de l'Ouest. Aussi, pourrions-nous penser que le score élevé au Togo serait lié aux fréquences plus marquées de traumatismes de l'enfance, en comparaison aux prévalences des traumas de l'enfance retrouvées dans l'échantillon de France. D'autres études ultérieures seraient justifiées et auront le mérite de confirmer ou d'infirmer les résultats actuels.

#### *4.1.4 RELATION ENTRE LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET L'EDM ACTUEL AU TOGO*

Les travaux antérieurs ont montré que les patients déprimés rapportaient plus de traumatismes de l'enfance que les témoins (Anda et al., 1999, 2002 ; Bernet et Stein, 1999 ; Chapman et al., 2004 ; Oladeji et al., 2010 ; Scott et al., 2012 ; Tucci et al., 2010 ; Widom et al. 2007). Notre étude va dans le même sens et nous avons trouvé, qu'en France et au Togo, les patients soignés pour un épisode dépressif majeur évoquaient de façon significative plus de traumatismes de l'enfance que les témoins togolais.

L'observation rigoureuse des scores des cinq types de traumatismes de l'enfance (tableau 4) montre que, contrairement aux autres types de traumas, les témoins togolais présentaient des scores d'abus physique et de négligence physique légèrement supérieurs aux déprimés de France, même si cette différence n'est pas significative. Ce résultat peut s'expliquer par les pratiques éducatives spécifiques au contexte socioculturel togolais. En effet, au Togo comme dans beaucoup de pays de l'Afrique Subsaharienne, les punitions corporelles sont intégrées dans les méthodes éducatives et sont tolérées, même si des sensibilisations se font depuis une dizaine d'années pour les dénoncer. La fréquence assez élevée de l'abus physique et de la négligence physique semble être normale et refléter la réalité de ces phénomènes en Afrique Subsaharienne. D'ailleurs, un adage populaire en milieu Ewé dit « C'est le bâton qui éduque l'enfant ». La fréquence élevée de punitions corporelles a été évoquée par Dassa et al. (2005) qui en a relevé 100% de cas dans leur étude au Togo. Biyong (1990) et Matchinda (1999) ont évoqué des fréquences de 61% et 80% au Cameroun alors que Mbaye (1990) rapportait 92% de cas de violence physique envers les enfants au Sénégal.

En considérant les participants du Togo uniquement, il ressort que les patients déprimés rapportaient plus de traumatismes de l'enfance (quels qu'ils soient) que les témoins. Ce résultat confirme les travaux rapportés dans la littérature (Bernet et Stein, 1999 ; Chapman et al., 2004 ; Comijs et al., 2007 ; Gibb et al., Hovens et al., 2010 ; Kessler et al., 2010 ; Oladeji et al., 2010 ; Wingenfeld et al., 2011). Ce résultat nous montre que, même en Afrique Subsaharienne Francophone, les patients déprimés auraient vécu plus de traumatismes de l'enfance que les témoins. Nous pourrions dire qu'il s'agit d'un phénomène universel qui n'épargne aucune culture donnée.

#### *4.1.5 ASSOCIATIONS ENTRE LES TRAUMATISMES, LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET LES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE*

##### **4.1.5.1 Associations dans la population totale**

En considérant, l'ensemble de notre population d'étude, il s'avérait que le score de l'abus total d'enfance (CTQ) est positivement corrélé avec les perturbations de la personnalité (score PDQ-4+), ( $r(270) = 0,36, p < 0,01$ ). Le score de l'abus total était également positivement corrélé aux symptômes du cluster A ( $r(270) = 0,36, p < 0,01$ ), du cluster B ( $r(270) = 0,33, p <$

0,01) et du cluster C ( $r(270) = 0,24, p < 0,01$ ). Ces principaux résultats sont semblables à ceux de Zhang et al. (2012) qui ont trouvé que les traumatismes de l'enfance corrôlaient significativement avec les trois clusters dont le cluster B pour lequel le coefficient de corrôlation ôtait : ( $r = 0,31, p < 0,01$ ).

D'une façon gônôrale, en considôrant l'ôchantillon total, nos rôultats confirment les travaux de la littôration selon lesquels les traumatismes de l'enfance sont associôs aux troubles de la personnalitô (Bierer et al., 2003 ; Carr et Francis, 2009 ; Grover et al., 2009 ; Johnson et al., 1999 ; Yen et al., 2002).

De façon spôcifique, l'abus ômotionnel et l'abus physique sont positivement corrôlôs avec les 3 clusters (A, B et C) confirmant ainsi les travaux de Tyrka et al. (2009) et de Zhang et al. (2012).

Les traumatismes de l'enfance sont corrôlôs de façon nôgative avec la stabilitô ômotionnelle, pour l'ensemble des participants ( $r(270) = -0,30, p < 0,01$ ). Ce rôultat est similaire à ceux de la littôration qui soutiennent que les traumatismes de l'enfance sont liôs aux scores ôlevôs du « nêvrosisme » ou aux scores bas de la stabilitô ômotionnelle (Allen et Lauterbach, 2007 ; Ernst et al., 1993 ; McFarlane et al., 2005).

De façon spôcifique, l'abus ômotionnel est positivement corrôlô avec l'ouverture ( $r(270) = 0,16, p < 0,01$ ) et nêgativement corrôlô avec la stabilitô ômotionnelle ( $r(270) = -0,33, p < 0,01$ ). L'abus physique est nêgativement corrôlô avec la stabilitô ômotionnelle ( $r(270) = -0,12, p < 0,05$ ). Le fait que les types de traumatismes d'enfance ôtaient liôs à la stabilitô ômotionnelle ou nêvrosisme a ôtô d'ôjà ôvoquô par Lysaker et al. (2001) et Roy (2002). La nêgligence ômotionnelle ôtait nêgativement corrôlêe avec l'extraversion ( $r(270) = -0,14, p < 0,05$ ) et avec l'agrôabilitô ( $r(270) = -0,13, p < 0,05$ ), confirmant ainsi les rôultats de Slee et Rigby (1993), de Tani et al. (2003) qui ont trouvô que les traumatismes de l'enfance sont liôs aux scores bas des dimensions agrôabilitô, conscience et extraversion.

Puisqu'il existe une diffôrence de prôvalence des traumatismes de l'enfance entre la France et le Togo, l'analyse, l'interprôtation et la discussion des rôultats se sont ôgalement d'ôroulêes en tenant compte de chaque pays.

#### **4.1.5.2 Associations dans la population clinique de France**

La dichotomisation révélait que la présence d'abus sévère (quel qu'il soit) est positivement associée aux troubles du cluster B (borderline et narcissique, en l'occurrence) et à la personnalité schizotypique. De façon spécifique, l'abus sévère multipliait par 4 le risque de présence de la personnalité borderline (OR = 4,28 ; 95% CI : 1,67-10,96) et par 13 le risque de survenue de la personnalité antisociale (OR = 13,07 ; 95% CI : 1,46-117,17). L'abus sévère augmente également le risque de présence de la personnalité schizotypique de plus de 2 fois (OR = 2,72 ; 95% CI : 1,03-7,22). Ces résultats se rapprochent de ceux mentionnés dans les travaux de Steel et al. (2009), de Tyrka et al. (2009) et de Zhang et al. (2012).

L'abus émotionnel et la négligence physique sont liés à au moins un trouble de la personnalité et ils prédisent significativement leur présence. Par exemple l'abus émotionnel prédit le trouble de la personnalité narcissique (OR = 8,73). Ces résultats sont similaires aux travaux de la littérature selon lesquels les différentes formes de maltraitances infantiles sont liées à plusieurs troubles de la personnalité (Carr et al., 2009 ; Grover et al., 2007 ; Johnson et al., 1999 ; Tyrka et al., 2009 ; Zhang, 2012 ; etc.).

L'abus physique et l'abus sexuel ne sont pas liés aux troubles de la personnalité dans l'échantillon des patients soignés en France. Ce résultat, non conforme à la littérature existante pourrait trouver son explication par les caractéristiques de la population d'étude. Vu qu'il s'agit exclusivement des patients avec un diagnostic d'EDM, les éventuelles comorbidités pourraient atténuer ou masquer cette relation. D'autres recherches méritent d'être réalisées en vue de confirmer ou d'infirmer ce résultat et de proposer de nouveaux modèles explicatifs.

#### **4.1.5.3 Associations dans la population clinique du Togo**

Chez les patients soignés au Togo pour la dépression dans notre étude, seuls l'abus physique et l'abus émotionnel sont liés aux troubles de la personnalité. L'abus physique est positivement lié à la personnalité antisociale.

En effet, l'abus physique sévère augmente de 62 fois le risque de survenue des troubles de la personnalité antisociale (OR = 62,92). Les travaux de Johnson et al. (1999) et de Luntz et

Widom (1994) confirment la prédiction de la personnalité antisociale par les abus physiques d'enfance. Le risque très élevé a été relaté par Read et Bentall (2012) qui ont trouvé que le groupe de patients ayant été victimes d'abus d'enfance sévère avait plus de 48 fois un risque de présence de niveau de trouble psychotique.

L'abus physique augmente également le risque de présence de la personnalité obsessionnelle-compulsive de 4 fois et de 3 fois celui de survenue de la personnalité négativiste, soit (OR = 4,46 ; 95% CI : 1,35-14,74) et (OR = 3,28 ; 95% CI : 1,02-10,56) respectivement. L'association des traumatismes de l'enfance avec le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive a été antérieurement trouvée par Carr et Francis (2009), Grover et al. (2007), Tyrka et al. (2009). Johnson et al. (1999) ont trouvé que la personnalité négativiste est prédite par l'abus physique de l'enfance. Nos résultats confirment dans une certaine mesure ceux des auteurs susmentionnés.

L'abus émotionnel est négativement lié à la personnalité histrionique. L'abus émotionnel sévère diminue le risque de présence des troubles de la personnalité histrionique (OR = 0,11). En effet, plus les gens ont été victimes d'abus émotionnel et moins ils sont en quête d'attention et ainsi, ils évitent en permanence d'être en interaction avec autrui. Tout se passe comme si les sujets, abusés émotionnellement dans leur enfance, préfèrent éviter les situations qui leur rappelleraient des situations traumatisantes. Il s'agirait d'une sorte d'évitement dont la finalité serait de ne plus être l'objet des situations pouvant rappeler un passé potentiellement douloureux. Ce résultat peut se rapprocher du conditionnement opérant au cours duquel le sujet évite les situations aversives ou celles pouvant lui rappeler ces situations.

L'abus sexuel et les deux types de négligence (émotionnelle et physique) ne sont associés à aucun trouble de la personnalité. Ces résultats sont contraires aux travaux de la littérature. Par exemple, de nombreuses études relataient que l'abus sexuel est associé à la personnalité borderline (Bandelow et al., 2005 ; Haller et Miles, 2004 ; Hill, 2005 ; Johnson et al., 1999, Sansone et al., 2005). La différence de nos résultats pourrait être due au fait que dans les études susmentionnées, il s'agit des participants issus de la population générale. La différence de la population d'étude serait, dans une certaine mesure, responsable de cette variation de résultats.

#### **4.1.5.4 Comparaison des associations entre les traumatismes d'enfance et les troubles de la personnalité chez les patients**

Dans les deux pays, il n'existe pas d'association entre l'abus sexuel sévère et les troubles de la personnalité chez les patients soignés pour un « épisode dépressif majeur » dans notre étude. Ce résultat est contraire à beaucoup de travaux rapportés par la littérature et qui soutenaient l'existence de risque élevé de survenue de troubles de la personnalité suite aux abus sexuels de l'enfance. Nous pourrions penser que cette différence est liée au fait qu'il s'agit exclusivement des patients avec un EDM.

Il existe tout de même des différences dans les associations entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité dans la population clinique en France et au Togo.

Par exemple, l'abus émotionnel est associé au trouble de la personnalité paranoïaque et au trouble de la personnalité narcissique en France alors qu'au Togo, il est lié au trouble de la personnalité histrionique.

L'abus physique n'est associé à aucun trouble de la personnalité en France alors qu'au Togo, il existe une association entre l'abus physique sévère et le trouble de la personnalité antisociale, d'une part, le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et le trouble de la personnalité négativiste, d'autre part.

En France, la négligence physique est associée aux troubles du cluster A et au trouble de la personnalité narcissique. Au Togo, il n'y a pas de lien entre la négligence physique et les troubles de la personnalité.

L'ensemble de ces différences peut trouver son explication dans la différence de fréquences et de perception des traumatismes au niveau socioculturel. En effet, au Togo le fait que l'abus physique soit lié aux troubles de la personnalité (antisociale, obsessionnelle-compulsive et négativiste) peut s'expliquer par la fréquence élevée de ces types de traumatismes au Togo, contrairement en France. Nous pourrions penser que l'abus émotionnel est tellement intense et fréquent au Togo qu'il est associé aux troubles de la personnalité. Le fait que la négligence physique ne soit liée à aucun trouble de la personnalité au Togo renvoie au modèle théorique de l'ethnopsychiatrie. En effet, même s'il existe la négligence physique, on pourrait penser

que la culture togolaise a institué des mécanismes pour les affronter de façon adéquate. Nous pourrions aussi penser que la fréquence de la négligence physique ferait qu'elle deviendrait un stress typique auquel des togolais seraient habitués et donc sans grande conséquence.

Cette explication vaut également pour les patients de France. Nous pourrions envisager que la négligence physique à laquelle les individus n'étaient pas préalablement préparés, fragiliserait beaucoup les individus. Il n'existerait pas de code social ou de mécanismes de défense préétablie par la communauté ou la société pour affronter ces stress atypiques. Ainsi, les individus victimes de négligence physique seraient très affectés et développeraient des EDM avec des troubles de la personnalité, en France, contrairement au Togo.

#### **4.1.5.5 Associations dans la population témoin**

Chez les témoins au Togo, l'abus émotionnel est associé avec la présence des troubles du cluster C (test exact de Fisher,  $p = 0,048$ ). L'abus sexuel est lié aux critères d'existence des troubles du cluster A ( $\chi^2(1) = 4,68, p < 0,05$ ) et au trouble de la personnalité négativiste (test exact de Fisher,  $p = 0,029$ ). La négligence physique est associée au trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ( $\chi^2(1) = 6,85, p < 0,01$ ).

Contrairement à la population de déprimés dans notre étude, chez les témoins, l'abus sexuel est lié aux troubles du cluster A et à la personnalité dépressive. Ces résultats confirment ainsi les travaux de Steel et al. (2009) pour qui l'abus sexuel est associé à la personnalité schizotypique et de Johnson et al. (1999) qui ont établi un lien entre l'abus sexuel d'enfance et la personnalité dépressive. La corrélation de la négligence physique avec la personnalité borderline et la personnalité obsessionnelle-compulsive semble se rapprocher des résultats des travaux de Tyrka et al. (2009) et sont différents de ceux de Zhang et al. (2012), réalisés en Chine et qui n'ont pas trouvé cette association. La différence peut s'expliquer par les facteurs contextuels, familiaux et environnementaux qui pourraient atténuer certaines formes de traumatismes d'enfance.

En considérant les participants togolais uniquement, nous avons noté l'existence de différence dont la plus importante est l'abus physique. Chez les déprimés du Togo, l'abus physique est associé aux troubles de la personnalité antisociale, obsessionnelle compulsive et négative alors qu'il n'est lié à aucun trouble chez les témoins. La différence pourrait s'expliquer par le

fait que chez les patients, les fréquences d'abus physique étaient très élevées. Selon la théorie de l'ethnopsychiatrie, les fréquences très élevées d'abus physique dépasseraient les capacités de défense des individus et les rendraient vulnérables à toute sorte de pathologies dont les dépressions et les troubles de l'axe 2 du DSM-IV. Le fait que l'abus physique n'est lié à aucun trouble de la personnalité chez les témoins togolais pourrait aussi s'expliquer par la conception culturelle de la réaction au stress. En effet, au Togo comme dans beaucoup de pays de l'Afrique Subsaharienne, il est d'usage de recourir aux sévices physiques pour éduquer les enfants. Cette habitude d'utilisation de punition physique finirait par le temps à se banaliser et n'aurait plus une valeur traumatique pour les sujets victimes, si un certain seuil n'a pas été dépassé. En résumé, l'abus physique en soi (ou modéré) ne serait pas pathologique au Togo. C'est sa sévérité qui rendrait les sujets qui en sont victimes, vulnérables à plusieurs pathologies dont la dépression et les troubles de la personnalité.

En considérant d'une part la population clinique, et d'autre part la population témoin, il existe une différence entre les groupes d'études. En effet, dans chaque population clinique prise indépendamment (France et Togo), l'abus sexuel n'est associé à aucun trouble de la personnalité. Cependant chez les témoins au Togo, l'abus sexuel est positivement corrélé avec les troubles du cluster A et avec la personnalité dépressive. Le fait que l'abus sexuel n'est lié à aucun trouble de la personnalité chez les patients déprimés de notre étude mérite une explication. En effet, nous pensons que ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit déjà des patients avec un diagnostic d'EDM. L'abus sexuel augmente le risque de survenue de la dépression à l'âge adulte (Slopen et al., 2010 ; Tucci et al., 2010 ; Wingenfeld et al., 2011). En considérant la dépression et les troubles de la personnalité, nous pourrions envisager que la dépression prendrait le pas sur les troubles de la personnalité. En d'autre terme, la psychopathologie des traumatismes de l'enfance vers la dépression serait plus importante que celle conduisant les traumas de l'enfance aux troubles de la personnalité. La plupart des études établissant une association entre les abus sexuels d'enfance et les troubles de la personnalité se sont déroulées sur des populations non-cliniques (Carr et Francis, 2009 ; Grover et al., 2007 ; Steel et al., 2009 ; Tyrka et al., 2009). En contrôlant l'épisode dépressif, on pourra trouver de relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité. C'est le cas de notre étude concernant exclusivement la population togolaise dont les résultats montrent que l'abus sexuel et l'abus émotionnel expliquent 27% de la variance des symptômes du PDQ-4+ (article accepté par le journal *Social Psychiatry and*

*Psychiatric Epidemiology*). Nous pourrions donc émettre l'hypothèse selon laquelle après avoir subi un traumatisme sexuel, la dépression serait au premier plan des symptômes psychiatriques, en comparaison aux troubles de la personnalité. Une des explications éventuelles de l'absence de relation entre les abus sexuels d'enfance et les troubles de la personnalité chez les patients soignés pour un épisode dépressif pourrait être la petite taille des échantillons des groupes.

En résumé, nous retiendrons que l'ensemble de nos résultats renchérisse la littérature existante sur l'association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité. Il existe cependant des différences qui seraient liées au contexte socioculturel dans lequel les sujets ont vécu les traumatismes et aux stratégies de coping proposées par la société dans laquelle le type de traumatisme de l'enfance a eu lieu.

Il s'avère donc indispensable d'analyser minutieusement le parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité.

#### *4.1.6 PARCOURS DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE AUX TROUBLES DE LA PERSONNALITE*

##### **Pour la population clinique en France**

Les résultats de l'analyse de médiation montrent qu'il existe des corrélations positives entre certaines dimensions de la personnalité et les troubles de la personnalité (score du PDQ-4+). Il s'agit de l'agréabilité et de la stabilité émotionnelle qui sont négativement corrélées avec le score du PDQ-4+, soit ( $r(89) = -0,25, p < 0,01$ ) et ( $r(89) = -0,22, p < 0,01$ ), respectivement. L'abus total d'enfance n'est cependant lié à aucune dimension de la personnalité. Il n'existe pas de lien entre les traumatismes de l'enfance et le score du PDQ-4+ en France. Selon l'analyse de médiation, les dimensions de la personnalité ne servent pas de médiation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité.

### **Pour la population clinique au Togo**

Les résultats ont montré que la stabilité émotionnelle est associée aux troubles de la personnalité ( $r(91) = -0,14, p < 0,01$ ). La stabilité émotionnelle est également associée aux traumatismes de l'enfance ( $r(91) = -0,82, p < 0,01$ ). Les résultats de l'analyse de médiation montrent que les dimensions de la personnalité jouent un rôle médiateur total ou complet dans la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité ( $c = 0,28, p < 0,01$  ;  $c' = 0,16, p = 0,089$  ;  $B(SE) = 0,12(0,05)$  (I. C. 95% : 0,027 - 0,238)). L'examen des effets médiateurs spécifiques démontrent que seule la stabilité émotionnelle basse (névrosisme élevé) contribuait à la relation de médiation observée ( $a = -0,82, p < 0,001$  ;  $b = -0,14, p < 0,001$  ;  $B(SE) = 0,12(0,04)$  (I. C. 95% : 0,046 - 0,231)).

Les analyses de médiation des deux populations cliniques en France et au Togo montrent qu'il existe une différence entre les patients soignés en France et ceux soignés au Togo pour un EDM. En effet, chez les patients togolais, les dimensions de la personnalité, en l'occurrence la stabilité émotionnelle, jouent un rôle médiateur entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité à l'âge adulte. Par contre, cette association n'est pas observée chez les patients de France. Cette différence peut s'expliquer par la différence du contexte socioculturel.

### **Pour la population témoin**

L'analyse de médiation dans la population des témoins montre que la stabilité émotionnelle agit comme un effet médiateur partiel entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité. En effet, il existe une corrélation entre la stabilité émotionnelle et les troubles de la personnalité ( $r(90) = -0,19, p < 0,01$ ) et entre les traumatismes de l'enfance et la stabilité émotionnelle ( $r(90) = -0,64, p < 0,01$ ).

Les principaux résultats montrent que les dimensions de la personnalité jouent un rôle de médiation partielle entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité ( $c = 0,48, p < 0,0001$  ;  $c' = 0,35, p < 0,01$  ;  $B(SE) = 0,12(0,07)$  (I. C. 95% : 0,002 - 0,277)). L'examen des effets médiateurs spécifiques montre que sur les 5 dimensions de la personnalité, seule la stabilité émotionnelle basse (instabilité émotionnelle) contribue à la relation de médiation observée ( $a = -0,64, p < 0,01$  ;  $b = -0,19, p < 0,01$  ;  $B(SE) = 0,12(0,06)$  (I. C. 95% : 0,025 - 0,278)).

Nous retiendrons que chez les patients soignés en France pour un EDM, les dimensions de la personnalité ne servent pas de médiation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité. Cependant au Togo, la stabilité émotionnelle joue le rôle de médiateur total dans la population clinique et exerce un effet médiateur partiel dans l'association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité chez les témoins. La différence de résultats pourrait être liée aux variations de l'environnement, à la différence socioculturelle, aux mécanismes de coping des stress. Nous pourrions envisager que les traumatismes de l'enfance quels qu'ils soient agissent sur certaines dimensions de la personnalité, dimensions qui rendraient les sujets vulnérables aux symptômes cliniques des troubles de la personnalité.

Le parcours des traumatismes aux troubles de la personnalité peut se réaliser à travers d'autres dimensions ou traits qui n'ont pas été abordés dans notre étude tels que l'estime de soi. Finzi-Dottan et Karu (2006) soutenaient que l'organisation défensive immature et la blessure de l'estime de soi servent d'intermédiaire dans le processus qui conduit de l'expérience d'abus émotionnel d'enfance aux personnalités psychopathologiques de l'âge adulte. En d'autre terme, nous pensons que le parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité est différent en France et au Togo. Ce parcours en France serait lié à d'autres facteurs tels que les dimensions internes ou externes (Keyes et al., 2012) qui n'ont pas été évalués dans notre recherche actuelle.

## 4.2 DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

Dans l'atteinte de nos objectifs, pour une meilleure comparaison des différents groupes, il était souhaitable d'avoir des sous-échantillons homogènes. Malheureusement, il existe une différence entre les trois groupes concernant l'âge moyen des participants ( $F(2; 267) = 78,17, p < 0,001$ ). En effet, les patients de France avaient un âge moyen significativement plus élevé que les patients et la population témoin du Togo, et pour cause.

Nous avons dans un premier temps inclus les patients au Togo. L'inclusion des témoins a suivi, en respectant les caractéristiques telles que l'âge et le sexe de la population clinique au Togo. L'âge moins élevé des patients togolais par rapport à leurs homologues de France peut s'expliquer par le fait que chez beaucoup Déprimés soignés au Togo, il s'agit d'un premier épisode dépressif (62,6%). En effet, comme nous l'avons mentionné dans nos travaux sur la prise en charge de la dépression au Togo en 2010, il est fréquent qu'en cas de récurrence de

l'EDM, les patients ou la famille font recours à d'autres méthodes thérapeutiques telles les tradithérapies ou les thérapies religieuses, au lieu d'aller à l'hôpital. En considérant que les premiers épisodes dépressifs surviennent plus tôt que les récurrences, nous pensons que cela pourrait également, en partie être à l'origine de la différence d'âge entre les patients soignés au Togo, contrairement aux patients soignés en France dont seulement 33,7% étaient à leur premier épisode dépressif. L'existence de différence d'âge n'a pas eu d'incidence sur les résultats. Cependant, pour éviter les éventuels biais, l'âge et le sexe ont été contrôlés dans les analyses statistiques.

Dans notre étude, les évaluations ont été effectuées de façon transversale. Les traumatismes de l'enfance ont été évalués de façon rétrospective. Une étude longitudinale prospective aurait permis de mieux évaluer la part de chaque type d'abus/négligence dans la perturbation de la personnalité.

Il serait intéressant d'envisager également un modèle d'équation structurale en vue de vérifier l'invariance du parcours des TE aux troubles de la personnalité aussi bien en France qu'au Togo et de pouvoir relever les ressemblances et les différences éventuelles dans les principaux résultats.

## 4.3 LIMITES

### 4.3.1 POPULATION

Les échantillons de nos trois groupes d'étude sont de petite taille. Il s'agit de 89 participants pour les patients soignés en France pour un épisode dépressif, de 91 patients dépressifs soignés au Togo et de 90 sujets témoins au Togo. Le fait que notre échantillon n'est pas représentatif des populations française et togolaise ne permet pas la généralisation de nos résultats. Cependant, vu que par exemple les fréquences retrouvées dans nos différents groupes renchérisent la littérature existante, nous pensons que ce travail a le mérite d'être effectué. Par exemple au Togo, les inclusions des patients se sont déroulées dans toutes les

structures spécialisées dans la prise en charge de pathologies psychiatriques où exercent des psychiatres. Notre recherche a aussi le mérite de combler le manque de travaux réalisés en Afrique Subsaharienne Francophone pour évaluer les conséquences à l'âge adulte des traumatismes de l'enfance. L'échantillon des patients de faible taille que nous avons dans notre étude s'explique aussi par la difficulté d'évaluation des patients ayant un diagnostic de dépression et qui acceptent de participer à ce genre de protocole. Des recherches antérieures ont été menées sur des échantillons (de patients soignés pour un épisode dépressif majeur) plus petits que le nôtre. C'est le cas de Bernet et Stein (1999), N = 47, de Twomey et al. (2000), N = 53 et de Tucci et al. (2010), N = 70.

Le fait que notre population clinique est constituée exclusivement de patients déprimés ne nous autorise pas à généraliser nos résultats à d'autres populations cliniques. En effet, dans le souci d'homogénéité de la population d'étude, nous avons décidé de ne recruter que les patients ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur. Il n'est pas exclu qu'il y ait des comorbidités avec d'autres troubles de l'axe I auprès des patients qui ont été recrutés dans notre étude.

#### *4.3.2 METHODES D'EVALUATION*

Dans les évaluations des participants de l'étude, nous avons utilisé certains outils tels que le PDQ-4+ et le NPI-16 qui ne sont pas validés en Français. De plus, nous osons croire qu'au Togo, la validation puis la passation des instruments dans des langues nationales (Ewé, Mina, Kabyè, etc.) pourraient être plus adéquates pour mieux faire ressortir certaines réalités spécifiquement togolaises. C'est pour combler l'absence de validation d'outils que nous avons adapté certains items du CTQ comme l'avaient fait Jewkes al. (2010) en Afrique du Sud, en adaptant les items du CTQ en Xhosa avant son utilisation auprès des jeunes sur qui leur étude était réalisée. Vu que le Français est la langue officielle au Togo, nous osons croire que les passations des questionnaires en Français n'entament pas la fiabilité des réponses. Nous avons voulu éviter les éventuels biais liés aux traductions. En faisant les passations en Français, nous nous sommes assurés de la compréhension de toutes les consignes et de tous les items lors des évaluations de chaque participant.

Pour l'évaluation des dimensions de la personnalité, nous avons utilisé l'IPIP-50 en 17 points. Notre souci était de mieux discriminer les participants au niveau des dimensions de la personnalité. Les coefficients alpha de notre étude sont inférieurs à ceux de Goldberg (1999). Nous avons tout de même gardé ces données pour les analyses à cause de la rareté des travaux sur les personnalités en Afrique et dans un contexte interculturel. D'autres études avec l'utilisation de la version originale de l'IPIP-50 devraient être réalisées en vue de comparer les résultats à ceux de notre recherche.

Les patients inclus dans notre étude nous ont été confiés par des psychiatres ou des internes. Il serait intéressant de les évaluer nous-même, avec l'utilisation d'un outil de mesure de la dépression validé par la communauté scientifique, en vue de mieux examiner les associations les traumatismes de l'enfance et la sévérité de l'épisode dépressif majeur actuel. Nous ne pouvons exclure l'existence d'autres troubles psychiatriques éventuels ou des troubles de l'axe 1 du DSM-IV qui pourraient avoir une influence sur leur personnalité. Cette limite est atténuée par le fait que certains de nos résultats sont identiques à ceux rapportés par des travaux antérieurs.

Une des limites de notre travail est qu'il s'agit d'une étude transversale. Nous pensons qu'une étude longitudinale avec une large cohorte permettrait de mieux examiner la relation entre les traumatismes de l'enfance et la dépression, entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité et enfin de mieux évaluer les inter-associations entre les traumatismes de l'enfance, la dépression et la personnalité tant du point de vue dimensionnel que catégoriel. Le fait que l'étude soit transversale ne nous permet pas également de savoir si c'est la dépression qui vient avant les dimensions et/ou les troubles de la personnalité et vice-versa. Une étude prospective permettrait de mieux explorer ces interactions.

#### 4.4 PERSPECTIVES

##### **Recherche clinique**

L'évaluation des traumatismes de l'enfance et des troubles de la personnalité auprès des patients soignés pour un épisode dépressif majeur a une valeur théorique et clinique. Les

recherches antérieures tant rétrospectives que prospectives ont conclu que les traumatismes de l'enfance entraînent la dépression (Keyes et al., 2012 ; Tucci et al., 2010 ; Widom et al., 2010) et les troubles de la personnalité à l'âge adulte (Tyrka et al., 2009 ; Zhang et al., 2012). Certains travaux ont mis l'accent sur l'importance de la présence des troubles de la personnalité dans l'évolution du traitement des épisodes dépressifs (Iacoviello et al., 2007). D'autres recherches ont également relevé l'existence des différences de réactions suite aux différents types de traumatismes (Connor & Butterfield, 2003). Il serait important d'avoir une grande cohorte, d'avoir des outils qui tiennent compte des différences socioculturelles dans l'évaluation des populations considérées afin de mieux ressortir les ressemblances et les différences. Ce faisant, on pourrait avoir la part universelle à toute culture et les spécificités liées à chaque milieu socioculturel dans l'association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité.

### **Clinique**

En considérant l'interaction entre les traumatismes de l'enfance, la personnalité et la dépression, les cliniciens doivent avoir à l'esprit l'existence de cette association. Pour le suivi des patients ayant un épisode dépressif majeur ou un trouble de la personnalité, il serait judicieux d'explorer l'existence éventuelle des traumatismes de l'enfance afin de mieux les aider. Pour les patients ayant un épisode dépressif majeur, on devrait systématiquement chercher la présence éventuelle de trouble de la personnalité qui pourrait compliquer le traitement comme le soulignaient Alnæs & Torgersen (1997) et Iacoviello et al. (2007).

Une prise en compte de l'existence éventuelle des comorbidités (traumatismes de l'enfance, troubles de la personnalité) serait justifiée dans le traitement de tout patient soigné pour un EDM.

## CONCLUSION

Le lien entre les traumatismes de l'enfance et les psychopathologies à l'âge adulte est une réalité qui existe depuis plusieurs décennies. Les traumatismes de l'enfance peuvent entraîner à l'âge adulte la dépression ou les troubles de la personnalité et parfois les deux troubles simultanément. L'environnement immédiat et le contexte socioculturel peuvent influencer la façon de percevoir un événement, la manière de le vivre de façon traumatique ou non et d'en faire face. Lorsque survient un événement potentiellement traumatique dans un milieu donné, les caractéristiques individuelles, les caractéristiques du contexte socioculturel et celles propres à l'événement peuvent intervenir dans la réaction du sujet. Quelle que soit la société, les traumatismes de l'enfance entraînent des vulnérabilités et faiblesses des ressources individuelles des individus victimes. La société dans laquelle vit le sujet propose des méthodes permettant de vivre les événements aversifs de façon moins néfaste. Il peut donc avoir des variations dans les fréquences des traumatismes de l'enfance en fonction de la culture.

Ainsi, dans un premier temps, nous avons cherché à vérifier s'il existe des différences de prévalence des traumatismes de l'enfance entre des sujets en France et au Togo. Nos résultats confirment les travaux de la littérature stipulant que les traumatismes seraient plus nombreux dans les pays moins développés que dans ceux développés. Nous avons trouvé dans notre étude que les patients soignés au Togo pour un épisode dépressif majeur rapportent plus de traumatismes de l'enfance que leurs homologues soignés en France. Aussi, avons-nous pu montrer qu'en Afrique Subsaharienne francophone, les traumatismes de l'enfance s'associent à la dépression actuelle des sujets issus de notre échantillon d'étude, confirmant ainsi les travaux de la littérature. Cette étude suggère que l'association entre les traumatismes de l'enfance et l'épisode dépressif majeur est un fait universel qui serait commun à toutes les cultures.

Notre étude confirme également l'existence de comorbidités entre les traumas de l'enfance, les troubles de la personnalité et l'épisode dépressif majeur, et ce, indépendamment du pays.

Les liens entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité ne seraient tout de même pas identiques dans les groupes de notre étude. Par exemple, chez les patients soignés pour un épisode dépressif majeur en France, la négligence physique augmente le risque de présence des troubles de la personnalité du cluster A et le trouble de la personnalité

narcissique, résultats contraires à ceux retrouvés chez les sujets soignés pour un épisode dépressif majeur au Togo. Dans la population clinique dépressive au Togo, l'abus physique augmente le risque de présence des troubles de la personnalité antisociale et de la personnalité obsessionnelle-compulsive.

L'analyse des parcours des traumatismes de l'enfance aux troubles de la personnalité révèle l'existence de différence. En effet, au Togo, les traumatismes de l'enfance s'associent aux troubles de la personnalité par le biais des dimensions de la personnalité. Il s'agit d'une médiation directe pour les patients et d'un effet médiateur indirect chez les témoins au Togo. En France, les dimensions de la personnalité ne jouent pas un rôle médiateur entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité. Nous pourrions penser que d'autres paramètres pourraient donc intervenir dans la relation entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité en France. D'autres études sur un échantillon de plus grande taille auront le mérite d'être réalisées.

La prise en compte de l'inter-association « traumatismes de l'enfance – personnalité (dimensions et troubles) – dépression » permettrait de mieux prendre en charge les individus soignés pour un épisode dépressif majeur, quel que soit le milieu socioculturel, en proposant une méthode thérapeutique adaptée.

## REFERENCES

- Aaron, J., Zaglul, H., & Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology, 24*(4), 335-343.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect, 22*(8), 759-774.
- Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development, 23*, 2-8.
- Adinkrah, M. (2011). Child witch hunts in contemporary Ghana. *Child Abuse & neglect, 35*(9), 741-752.
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Jitender, S. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 814-822.
- Alim, T. N., Feder, A., Graves, R. E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M., (...)Charney, D. S. (2008). Trauma, resilience and recovery in a high-risk African-American population. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1566-1575.
- Allen, B., & Lauterbach, D. (2007). Personality Characteristics of Adult Survivors of Childhood Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 587-595.
- Allenou, C., Olliac, B., Bourdet-Loubère, S., Brunet, A., David, A.-C., Claudet, I., (...)Birmes, P. (2010). Symptoms of traumatic stress in mothers of children victims of a motor vehicle accident. *Depression & Anxiety, 27*, 652-657.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. Holt, New York.
- Almagor, M., Tellegen, A., & Waller, N. (1995). The Big Seven Model: a cross replication and further exploration of the basic dimensions of natural language of traits descriptions. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 300-307.
- Alnæs, R., & Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*, 336-342.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed. Text revision)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed. Text revision)*. Washington, DC: Author.

Ames, D. R., Rose, P., & Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality, 40*, 440-450.

Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services, 53*, 1001-1009.

Anzieu, D., & Chabert, C. (2004). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.

Arellano, C. M., Kuhn, J. A., & Chavez, E. L. (1997). Psychosocial correlates of sexual assault among Mexican American and White non-Hispanic adolescent females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 19*(4), 446-460.

Arreola, S. G., Neilands, T. B., Pollack, L. M., Paul, J. P., & Catania, J. A. (2005). Higher prevalence of childhood sexual abuse among Latino men who have sex with men than non-Latino men who have sex with men: data from the Urban Men's Health Study. *Child Abuse & Neglect, 29*(3), 285-290.

Arroyo, W., & Eth, S. (1985). Children traumatized by Central American Welfare. In: S. Eth, & R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 101-120). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bacigalupe, G. (2001). Latinos Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil en los Estados Unidos: un acercamiento relacional al diagnostico e intervencio [Latino child sexual abuse survivors in the United States: Relational assessment and intervention]. *Psyke, 10*(2), 167-180.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale I – Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.

- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research, 134*, 169-179.
- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 275-290.
- Baranowsky, A. B., Young, M., Johnson-Douglas, S., Williams-Keeler, L., & McCarrey, M. (1998). PTSD transmission: a review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Canadian Psychology, 39*(4), 247-256.
- Barocas, H., & Barocas, C. (1973). Manifestations of concentration camp effect on the second generation. *American Journal of Psychiatry, 130*, 820-821.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral and environmental data. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure, (Eds.), *The impulsive client: Theory, research and treatment* (pp. 39-56). Washington, DC, US: The American Psychological Association.
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris: Dunod.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., (...) Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 193-211.
- Baubet, T. (2006). Approche culturelle des troubles psychotraumatiques. In L. Jehel & G. Lopez et al. (Eds.), *Psychotraumatologie : Evaluation, Clinique, Traitement* (pp. 121-127). Paris, France : Dunod.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2003). Cultures et soins des traumatisés psychiques en situation humanitaire. In T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar, & M. R. Moro (Eds.) *Soigner malgré tout. Vol. 1 : Trauma, cultures et soins* (pp. 71-95). Grenoble : La Pensée sauvage édition.
- Bayer, C. P., Klasen, F., & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feeling of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *Journal of the American Medical Association, 298*, 555-559.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Penguin Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of personality disorders*. Guilford Press, New York.
- Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2011). Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme : une revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 510-516.
- Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729-750.
- Benjet, C. (2010). Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence, characteristics, and mental health consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 356-362.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2010). Neglected Children, Shame-Proneness, and Depressive Symptoms. *Child Maltreatment*, 15(4), 305-314.
- Berger, M., Bonneville, E., André, P., & Rigaud, C. (2007). L'enfant très violent: origine, devenir, prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(7), 353-361.
- Berkowitz, N. F. (2004). Wendy Wall: In the wake of childhood trauma. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 377-387.
- Bernet, C. Z., & Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9, 169-174.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Manual of Childhood Trauma Questionnaire*. New York: The Psychological Cooperation.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., (...)Ruggiero, J. (1994). The initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., (...)Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Betancourt, T. S., Agnew-Blais, J., Gilman, S. E., Williams, D. E., & Ellis, B. H. (2010). Past horrors, present struggle: the role of stigma in the association between war experiences and psychosocial adjustment among former child soldiers in Sierra Leone. *Social Science & Medicine*, 70, 17-26.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnostic. *CNS Spectrums*, 8, 737-754.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 159, 115-122.
- Birmes, P., Klein, R., & Schmitt, L. (2007). Stress et Troubles de l'adaptation. In J. D. Guelfi & F. Rouillon (Eds.), *Manuel de Psychiatrie* (pp. 197-201). Paris, France: Masson.
- Birmes, P., Bui, E., Klein, R., Billard, J., Schmitt, L., Allenou, C., (...)Arbus, C. (2010). Psychotraumatology in Antiquity. *Stress and Health*, 26, 21-31.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducasse, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D., (...)Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1337-1339.
- Biyong, I. (1990). *Contribution à l'étude médico-psychosociale des mauvais traitements des enfants de 0 à 15 ans (à propos de 44 cas à l'hôpital de Yaoundé)*. Yaoundé, Cameroun: Thèse de médecine, C.U.S.S., Université de Yaoundé.
- Boies, K., Lee, K., Ashton, M. C., Pascal, S., & Nicol, A. A. M. (2001). The structure of the French personality lexicon. *European Journal of Personality*, 15, 277-295.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 156-181). Cambridge, UK: Cambridge.

- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69*, 1171-1197.
- Bourrassa, C. (2006). L'exposition à la violence conjugale psychologique et verbale et son effet sur le comportement des adolescents. *Journal International de Victimologie, 5(1)*, 1-14.
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris: Masson (3<sup>è</sup> édition).
- Bouvard, M., & Cosma, P. (2007). Etude exploratoire d'un questionnaire sur les troubles de la personnalité. *L'Encéphale, 34*, 517-525.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community : The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55(7)*, 626-632.
- Brewer-Smyth, K., Burgess, A. W., & Shults, J. (2004). Physical and sexual abuse, salivary cortisol, and neurologic correlates of violent criminal behavior in female prison inmates. *Biological Psychiatry, 55*, 21-31.
- Briere, J., & Elliot, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222.
- Briole, G., & Lebigot, F. (1994). *Le traumatisme psychique. Rencontrer et devenir*. Paris : Masson
- Brunet, A., Sergerie, K., & Corbo, V. (2006). Une théorie neurocognitive des processus impliqués dans le développement et la rémission des psychotraumatismes. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements* (pp. 119-136). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Bui, E., Brunet, A., Allenou, C., Camassel, C., Raynaud, J. P., Claudet, I., (...)Birmes, P. (2010). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms in school-aged children victims of road traffic accident. *General Hospital Psychiatry, 32(3)*, 330-333.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substances use disorders. *British Journal of Psychiatry, 179*, 444-449.

- Caetano, R., Field, C. A., & Nelson, S. (2003). Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(3), 240-257.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research & Therapy, 44*, 585-599.
- Cannon, W. B. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal Physiology, 33*, 356-372.
- Cappelleri, J. C., Eckenrode, J., & Powers, J. L. (1993). The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health, 83*(1), 1622-1624.
- Carey, P. D., Walker, J.L., Rossouw, W., Seedat, S., & Stein, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatized children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 93-98.
- Carlson, B. E. (2005). The most important things learned about violence and trauma in the past 20 years. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(1), 119-126.
- Carr, S., & Francis, A. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorders symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist, 44*, 146-155.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 38*, 476-506.
- Chan Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., & Guilbert, P. (2009). *La dépression en France – Enquête Anadep 2005*, Saint-Denis: INPES, coll. Etudes Santé. Lien: INPES.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 217-225.
- Chavira, D. A., Grilo, C. M., Shea, M., Yen, S., Gunderson, J. G., Morey, L. C., (...)McGlashan, T. H. (2003). Ethnicity and four personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 44*(6), 483-491.

- Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-Psychologiques*, *168*, 311-319.
- Chidiac, N., & Crocq, L. (2011). Le psychotrauma (III). Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Annales Médico-Psychologiques*, *169*, 327-331.
- Chopra, K. K., Bagby, R. M., Dickens, S., Kennedy, S. H., Ravindran, A., & Levitan, R. D. (2005). A dimensional approach to personality in atypical depression. *Psychiatry Research*, *134*, 161-167.
- Church, A. T., Katigbak, M. S., & Reyes, J. A. S. (1998). Further exploration of Filipino personality structure using the lexical approach: Do the Big Five or Big Seven dimensions emerge? *European Journal of Personality*, *12*, 249-269.
- Church, A. T., Reyes, J. A. S., Katigbak, M., & Grimm, S. D. (1997). Filipino personality structure and the Big Five model: a lexical approach. *Journal of Personality*, *65*, 477-528.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 797-815.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Process leading to adaptive outcomes. *Development and Psychopathology*, *5*, 629-647.
- Clément, J.-P. (2000). Qu'y a-t-il de commun entre les démences ? Peut-on parler d'un syndrome démentiel, affection somatique d'origine psychogène ? *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, *4*(38), 55-59.
- Clément, J.-P., Darthout, N., & Nubukpo, P. (2003). Événements de vie, personnalité et démence. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement*, *1*(2), 129-138.
- Cloninger, C. R., Bayon, C., & Svrakic, D. M. (1998). Measures of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, *51*, 21-32.
- Collings, S. J. (1991). Childhood sexual abuse in a sample of South African university males: prevalence and risk factors. *South African Journal of Psychology*, *21*, 153-158.

- Collings, S. J. (1997). Child sexual abuse in a sample of South African women students: prevalence, characteristics, and long term effects. *South African Journal of Psychology*, 27, 37-42.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle : description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27, 489-507.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Comijs, H., Beekman, A. T., Smit, F., Bremmer, M., van Tilburg, T., & Deeg D. J. (2007). Childhood adversity, recent life events and depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 243-246.
- Connor, K. M., & Butterfield, M. I. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1(3), 247-262.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Psychological Assessment Resources. Odessa, FL.
- Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson, 2e édition, 320 p.
- Crocq, L. (2007). Stress et trauma. In L. Crocq (Eds.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation. *Santé Mentale au Québec*, 24, 191-216.
- Cyrulnik, B. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain: Hommes et perspectives.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob
- Daley, S. E., Hammen, C., Burge, D., Davila, J., Paley, B., Lindberg, N., & Herzeg, D. S. (1999). Depression and Axis II symptomatology in an adolescent community sample: concurrent and longitudinal associations. *Journal of Personality Disorders*, 13, 47-59.

- Daligand, L. (2009). Le psychotrauma de l'enfant. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 9, 224-227.
- Dassa, S. K., Douti, N. K., Kpanaké, L., Koti, B., & Küchenhoff, B. (2005). Typologie de la maltraitance des enfants au Togo. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156, 240-246.
- Daud, A., af Klinteberg, B., & Rydelius, P.-A. (2008). Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 331-340.
- Davis, L., & Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A review and Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 135-154.
- Davis, M. (1992). The role of the amygdale in fear and anxiety. *Annual Review of Neurosciences*, 15, 353-375.
- De Girolamo, G., & McFarlane, A. (1996). The epidemiology of PTSD: a comprehension review in the literature. In A. J. Marsella, M. J. Frideman, E. T. Gerrity, & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. Issues, research, and clinical applications* (pp. 33-86). Washington, American Psychological Association.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Djassoa, G. (1994). Traitement rituel de la dépression en Afrique Noire : la cure d'un couple en situation dépressive en milieu Nawda à Lomé. *Psychopathologie Africaine*, 26(1), 61-82.
- Duchet, C. (2006). Du psychotraumatisme à la résilience : perspectives cliniques. In L. Jehel, G. Lopez (Eds.), *Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement*. Paris: Dunod.
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274.
- Dunn, N. J., Yanasak, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L. P., Souchek, J., (...)Hamilton, J. D. (2004). Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 75-82.

- Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., Dolan, R. T., Shea, M. T., Stout, R. L., (...)Keller, M. B. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders, 15*, 60-71.
- Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as a process. *Development and Psychopathology, 5*, 517-528.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- El-Hosseiny, W. W., Mounir, G. M., Mahdy, N. H., & Abu-Nazel, M. W. (2004). Predictors of personality disorders among Alexandria University students. *The Journal of the Egyptian Public Health Association, 79*(1-2), 115-144.
- Ensink, K., Robertson, B. A., Zissis, C., & Leger, P. (1997). Post-traumatic stress disorder in children exposed to violence. *South African Medical Journal, 87*(11), 1526-30.
- Ernst, C., Angst, J., & Földényi, M. (1993). The Zurich Study: XVII. Sexual abuse in childhood: frequency and relevance for adult morbidity data of a longitudinal epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242*, 293-300.
- Eysenck, H. J. (1950). Cyclothymia and schizothymia as a dimension of personality. I. Historical review. *Journal of Personality, 19*(2), 123-52.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports, 43*, 1247-1255.
- Farmer, A., Redman, K., Harris, T, Mahmood, A., Sadler, S., Pickering, A., & McGuffin, P. (2002). Neuroticism, extraversion, life events and depression: The Cardiff Depression Study. *British Journal of Psychiatry, 181*, 118-122.
- Ferguson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*, 789-803.

- Fergusson, D. M., & Mullen, P. E. (1999). *Child sexual abuse: An evidence based perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fernandez, L., & Catteeuw, M. (2002). *Cliniques des addictions : théories, évaluation, prévention et soins*. Paris: Nathan.
- Fincham, D. S., Altes, L. K., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 193-9.
- Finkelhor, D. (1994a). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 31-53.
- Finkelhor, D. (1994b). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Finzi-Dottan, R., & Karu, T. (2006). From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: a path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 616-621.
- Fletcher, J. M. (2009). Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression. *Social Science & Medicine*. 68, 799-806.
- Flory, J. D., Yehuda, R., Grossman, R., New, A. S., Mitropoulo, V., & Siever, L. J. (2009). Childhood trauma and basal cortisol in people with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 34-37.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Fogel, B. S., & Westlake, R. (1990). Personality disorder diagnoses and age in inpatients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(6), 232-235.
- Fontes, L. A. (1995). *Sexual abuse in nine North American Cultures: Treatment and prevention*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic disorders: An evidence-based guide* (pp. 13-30). New York: Norton.

- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., (...) Ansoldi, M. (1998). Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4 plus (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 172-178.
- Fosse, G. K., & Holen, A. (2007). Reported maltreatment in childhood in relation to the personality features of Norwegian adult psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 79-82.
- Freud, S. (1967). Au-delà du principe du plaisir. (Traduction française) In *Essais de Psychanalyse* (1902). Paris: Payot.
- Frey, C. (2001). Posttraumatic stress disorder and culture. In A. T. Yilmaz, M. G. Weiss, & A. Riecher-Rössler (Eds.), *Cultural psychiatry: Euro-International perspectives* (pp. 103-116). Basel: Karger.
- Frodi, A., & Smetana, J. (1984). Abused, neglected, and non maltreated preschoolers' ability to discriminate emotions in others: The effects of IQ. *Child Abuse & Neglect*, 8, 459-465.
- Fullilove, M. T. (2009). Toxic Sequelae of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1090-1092.
- Funder, D. C. (2001). *The personality puzzle*. Norton, New York.
- Garcia-Coll, C., & Garrido, M. (2000). Minorities in the United States: Sociocultural context for mental health and developmental psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 177-195). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Garmezy, N., & Masten, A. (1986). Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17, 500-521.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1369-1380.

Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety, 24*, 256-263.

Glaser, D. (2005). Child maltreatment. *Psychiatry, 4*(7), 53-57.

Glaser, J.-P., van Os, J., Portegijs, P. J. M., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 229-236.

Godet-Mardirossian, H., Jehel, L., & Falissard, B. (2011). Suicidality in Male Prisoners: Influence of Childhood Adversity Mediated by Dimensions of Personality. *Journal of Forensic Sciences, 56*(4), 942-949.

Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality Psychology in Europe, Vol. 7* (pp. 7-28). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.

Goldsmith, H. H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R. A., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Development, 58*, 505-529.

Gorey, K M., & Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect, 21*(4), 391-398.

Gould, D. A., Stevens, N. G., Ward, N. G., Carlin, A. S., Sowell, H. E., & Gustafson, B. (1994). Self-report childhood abuse in an adult population in a primary care setting. *Archives of Family Medicine, 3*, 252-256.

Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 945-951.

Green, E. C., & Honwana, A. (1999). Utilisation de thérapeutiques autochtones pour soigner les enfants victimes de la guerre en Afrique. *Notes CA (Banque Mondiale), 10*, 1-4.

- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2010). Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 161-171.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 183-188.
- Grinker, R., & Spiegel, J. (1945). *Men under stress*. Philadelphia, Blakiston.
- Grossman, F. C., Cook, A. B., Kepkep, S. S., & Koenen, K. C. (1999). *With the Phoenix rising: Lessons from ten resilient women who overcome the trauma of child sexual abuse*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., & Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 442-447.
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 967-975.
- Gustafson, T. B., & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Review*, 5(3), 129-135.
- Haesevoets, Y.-H. (2008). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : un autre regard sur la souffrance psychique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Haller, D. L., & Miles, D. R. (2004). Personality disturbances in drug-dependent women: relationship to childhood abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 269-286.
- Harkness, K. L., & Monroe, S. M. (2002). Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 387-393.
- Harkness, K. L., & Wilder, J. E. (2002). Childhood adversity and anxiety versus dysthymia co-morbidity in major depression. *Psychological Medicine*, 32, 1239-1249.

- Hart, A., Craighead, W., & Craighead, L. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 633-643.
- Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up : the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1864-70.
- Heim, C., Bremner, J. D., & Nemeroff, C. B. (2006). Trauma spectrum disorders. In M. S. R. C. Patterson (Eds.), *Principles of molecular medicine* (pp. 1203-1210), Totowa, NJ: Humana Press.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & neglect, 23*, 321-338.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic books.
- Hermenau, K., Hecker, T., Ruf, M., Schauer, E., & Schauer, M. (2011). Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: Changes in response to trauma-focused therapy and the implementation of a new instructional system. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 5*-29.
- Hiebert-Murphy, D. (1998). Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support, and coping. *Child Abuse & Neglect, 22*, 423-435.
- Hill, J. (2005). Childhood experiences in the development of personality disorders. *Psychiatry, 4*(3), 8-11.
- Hobbs, G. F., Hobbs, C. J., & Wynne, J. M. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse & Neglect, 23*, 1239-52.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association, 280*(21), 1855-1862.

- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of Health and Social Behavior, 42*(2), 184-201.
- Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Phenninx, W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety, and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(1), 66-74.
- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4 plus)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2007). The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: A prospective study. *Journal of Personality Disorders, 21*(4), 371-383.
- Ilardi, S., Craighead, W., & Evans, D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 381-391.
- Jaffe, S. R., Caspi, A., Moffit, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 231-253.
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., Nwabisa Jama, P., & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 833-841.
- Johnson, D. M., Shehan, T. C., & Chard, K. M. (2004). Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with history of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*, 19-39.
- Johnson, J. G., & Bornstein, R. F. (1991). PDQ-R personality disorder scores and negative life events independently predict changes in SCL-90 psychopathology scores. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*, 61-72.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2005). Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Research*, *136*, 113-121.
- Johnson, J. G., Williams, J. B. W., Goetz, R. R., Rabkin, J. G., Remien, R. H., Lipsitz, J. D., & Gorman, J. M. (1996). Personality disorders predict onset of axis I disorders and impaired functioning among homosexual men with and at risk for HIV infection. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 350-357.
- Josse, E. (2007). Le traumatisme psychique: quelques repères notionnels. *Journal International de Victimologie*, *5*(3), 129-136.
- Josse, E. (2011). *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles: de Boeck.
- Jung, C. G. (1920). *Types psychologiques*. Genève : Librairies de l'Université de Georg et Cie S. A., 1991 (Edition).
- Kabiru, C. W., Beguy, D., Crichton, J., & Ezeh, A. C. (2010). Self-reported drunkenness among adolescents in four sub-Saharan African countries: associations with adverse childhood experiences. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, *4*, 17.
- Karesh, D. (1995). *The Relation between Adult Neuroticism and Childhood Experiences of psychological Maltreatment, Physical Punishment, and Intergenerational Sexual Contact*. Ph.D. dissertation, 0079, Georgia State University.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 186-192.
- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B. & Pittinsky, T. (1994). Problems defining resilience: Illustrations from the study of maltreated children. *Development and psychopathology*, *6*, 215-229.
- Keane, T. M., Kaloupek, D. G., & Weathers, F. W. (1996). Ethnocultural considerations in the assessment of PTSD. In A. J. Marsella & M. J. Friedman (Eds.), *Ethnocultural aspects of*

*posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 183-205). Washington, DC: American Psychological Association.

Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment. A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology, 13*, 891-912.

Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pederson, N. L. (2006). Personality and depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry, 63*, 1113-1120.

Kercher, A. J., Rapee, R. M., & Schniering, C. A. (2009). Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 903-915.

Keren, M. (2005). *Traumatisme précoce et jeune enfant: aspects cliniques et psychopathologiques*. Montréal: Sainte Justine.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, S. A., Zaslavsky, A. M., (...) Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry, 197*, 378-385.

Kestenberg, J. (1985). Child survivors of the Holocaust- 40 years later. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 24*, 408-412.

Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M. Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 200*, 107-115.

Kinyanda, E., Woodburn, P., Tugumisirize, J., Kagugube, J., Ndyabangi, S., & Patel, V. (2011). Poverty, life events and the risk for depression in Uganda. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 46*(1), 35-44.

Kinzie, J. D., Sack, W., Angell, R., Clarke, G., & Ben, R. (1989). A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 501-504.

Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., & Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1127-31.

Kiser, L. J., Ackerman, B. J., Brown, E., Edwards, N. B., McColgan, E., Pugh, R., & Pruitt, D. B. (1988). Post-traumatic stress disorder in young children: a reaction to purported sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 645-649.

Klein, D. N. (2003). Patients *versus* informants reports of personality disorders in predicting  $\frac{1}{72}$  year outcome in outpatients with depressive disorders. *Psychological Assessment*, 15, 216-222.

Klein, D. N., & Shih, J. H. (1998). Depressive personality: associations with DSM-III-R mood and personality disorders and negative and positive affectivity, 30-month stability, and prediction of course of axis I depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 319-327.

Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 207-212.

Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907.

Korkeila, K., Korkeila, J., Vahtera, J., Kivimäki, M., Kivelä, S.-L., Sillanmäki, L., & Koskenvuo, M. (2005). Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness. A population study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 700-706.

Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., (...) Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders*, 127, 130-138.

Kounou, K. B., Bui, E., & Schmitt, L. (2008). Événements de vie, troubles de la personnalité et addiction aux substances psychoactives. Mémoire de Master 2 Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la santé, Université de Toulouse-Le Mirail, (non publiée).

Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., (...) Schmitt, L. (2012). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. DOI : 10.1007/s00127-012-0634-2.

- Kounou, K. B., Ladois, A., Bui, E., & Schmitt, L. (2010). Prise en charge de la dépression à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného au Togo. In L. Lado, *Le pluralisme médical en Afrique* (pp. 317-333). Yaoundé, PUCAC: Karthala.
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. Oxford, England : Harcourt, Brace.
- Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 253-262.
- Kwon, J. S., Kim, Y. M., Chang, C. G., Park, B. J., Yoon, D. J., Han, W. S., (...)Lyoo, K. (2000). Three year follow-up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: subsequent development of dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1966-1972.
- Lalor, K. (2004). Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse & Neglect*, 28, 439-460.
- Lançon, C. (2009). Dépressions sévères : événements de vie, histoire du sujet. *L'Encéphale*, 35(S7), S279-S281.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lebigot, F. (2003). Les syndromes psychotraumatiques. *Neuropsych News, numéro spécial*, 19-23.
- Lebigot, F. (2011). *Soigner les troubles psychotraumatiques*. Paris: Dunod.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neurosciences*, 23, 155-184.
- Les Editions du centre de Psychologie Appliquée (1971). *Inventaire de Personnalité d'Eysenck*. Paris.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 906-15.
- Levett, A. (1989). A study of childhood sexual abuse among South African university women students. *South African Journal of Psychology*, 19, 122-129.

- Lin, D., Li, X., Fan, X., & Fang, X. (2011). Child sexual abuse and its relation with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China. *Child Abuse & Neglect*, 35, 680-687.
- Livingston, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 413-415.
- Loas, G., Otmani, O., Fremeaux, D., Lecercle, C., Dufлот, M., & Delahousse, J. (1996). Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS 20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale XXII*, 36-40.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S.,(...)Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15, 66-68.
- Lochner, C., Seedat, S., Allgulander, C., Kidd, M., Stern, D., & Gerdner, A. (2010). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *African Journal of Psychiatry*, 13(5), 376-381.
- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 670-674.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1177-1190.
- Lysaker, P. H., Meyer, P. S., Evans, J. D., Clements, C. A., & Marks K. A. (2001). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatry Services*, 52(11), 1485-1488.
- MacMillan, M. L., Fleming, J. E., Trocmé, N., Boyle, M. H., Wong, H. L. M., Racine, Y. A.,(...)Offord, D. R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. *Journal of the American Medical Association*, 278(2), 131-135.

- Madu, S. N. (2001). The prevalence and patterns of childhood sexual abuse and victim-perpetrator relationship among a sample of university students. *South African Journal of Psychology, 31*, 32-37.
- Madu, S. N., & Peltzer, K. (2000). Risk factors and child sexual abuse among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & neglect, 24*, 259-268.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S., & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry, 184*, 482-487.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995). *Résilience, pertinence dans le contexte de la promotion de la Santé*. Atlantic Health Promotion Research Centre, Université Dalhousie, Canada.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of development timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1987). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 10*, 17-23.
- Marin, D. B., Kocsis, J. H., Frances, A. J., & Klerman, G. L. (1993). Personality disorders in dysthymia. *Journal of Personality Disorders, 7*, 223-231.
- Matchinda, B. (1999). The impact of home background on the decision of children to run away: the case of Yaoundé city street children in Cameroon. *Child Abuse & Neglect, 23*, 245-55.
- Mbagaya, C. V. (2010). *Child maltreatment in Kenia, Zambia and the Netherlands. A cross-cultural comparaison of prevalence, psychopathological sequelae, and mediation by PTSS*. Leiden University, Lendein.
- Mbaye, I. (1990). *Les sévices envers les enfants au Sénégal*. Dakar (Sénégal) : thèse de médecine, UCAD.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.

- McCann, D., Lator, K., & Katabaro, J. K. (2006). Childhood sexual abuse among students in Tanzania. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 1343-1351.
- McFarlane, A. C., & De Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In B. Van Der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (ed.), *Traumatic Stress. The effects of Overwhelming Experiences on Mind, Body, and Society* (pp.129-154). New-York, The Guilford Press.
- McFarlane, A., Clarck, C. R., Bryant, R. A., Williams, L. M., Niaura, R., Paul, R. H., (...)Gordon, E. (2005). The impact of early life stress on psychophysiological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects. *Journal of Integrative Neuroscience*, *4*(1), 27-40.
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, *13*, 1021-1038.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *70*(2), 171-176.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*(5), 650-654.
- McNally, R. J. (1993). Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children. In: J. R. T. Davidson, & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 57-74). Washington: American Psychiatric Press.
- Melchert, T. P., & Parker, R. L. (1997). Different forms of childhood abuse and memory. *Child Abuse & Neglect*, *21*(2), 125-135.
- Mennen, F. E. (1995). The relationship of race/ethnicity to symptoms in childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *19*(1), 115-124.
- Miller, B. A., Wilsnack, S. C., & Cunradi, C. B. (2000). Family violence and victimization: Treatment issues for women with alcohol problems. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, *8*, 753-760.

- Moisan, P. A., Sanders Phillips, K., & Moisan, P. M. (1997). Ethnic differences in circumstances of abuse and symptoms of depression and anger among sexually abused Black and Latinos boys. *Child Abuse & Neglect*, 21(5), 473-488.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753-760.
- Moore, E. E., Romaniuk, H., Olsson, C., Jayasinghe, Y., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2010). The prevalence of childhood sexual abuse and adolescent unwanted sexual contact among boys and girls living in Victoria, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 34, 379-385.
- Moskvina, V., Farmer, A., Swainson, V., O'Leary, J., Gunasinghe, C., Owen, M., (...)Korszun, A. (2007). Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depression phenotype. *Depression and Anxiety*, 24, 163-168.
- Mouren-Simeoni, M. C. (1994). Syndrome de stress post-traumatique. In M. C. Mouren-Simeoni, G. Vila, & L. Vera (Eds.), *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 42-47), Paris: Maloine.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York, NY: Wiley.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 7-21.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1990). Alcohol and women. *Alcohol Alert*, 10, 1-6.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorders and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.
- Njenga, F. G. (2007). Trauma in African woman and children: a study of a Kenyan experience of illustration of the phenomenon. *South African Psychiatry Review*, 10, 27-30.
- Nubukpo, P., Grunitzky, E. K., Péliissolo, A., Radji, A., Preux, P.-M., & Clément, J.-P. (2006). Epilepsie et étude de la personnalité chez les Tambermas du Togo : à partir d'une enquête en population générale à l'aide de l'Inventaire de tempérament et de caractère de Cloninger. *L'Encéphale*, 32, 1019-1022.

- Nubukpo, P., Hartman, J., & Clément, J.-P. (2005). Rôle de la personnalité dans la dépression du sujet âgé : différence entre dépression avec ou sans antécédents. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 3(1), 63-69.
- Nubukpo, P., Preux, P.-M., Clément, J.-P., Houinato, D., Tuillas, M., Aubreton, C., (...) Tapie, P. (2003). Comparaison des représentations socioculturelles des épilepsies en Limousin (France), au Togo et au Bénin (Afrique). *Médecine Tropicale*, 63, 143-150.
- Nubukpo, P., Revue, P., Herrmann, C., & Clément, J.-P. (2009). Ethnopsychiatrie et sujets âgés. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 7(3), 175-183.
- Oladeji, B. D., Makanjuola, V. A., & Gureje, O. (2010). Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 196, 186-191.
- Oppenheim, H. (1892). *Die traumatischen Neurosen* (1888). Berlin: V. von August Hirschwald ed.
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., (...) Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the associations with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 560-566.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des troubles mentaux et troubles du comportement (10<sup>e</sup> édition) : CIM 10*, Paris: Masson.
- Ortega, A. N., & Rosenheck, R. (2000). Posttraumatic stress disorder among Hispanic Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 615-619.
- Osgood, C. E., May, W., & Miron, M. (1975). *Cross-cultural universals of affective meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220.
- Paquette, D., Zoccolillo, M., & Bigras, M. (2007). Prévalence et cooccurrence des cinq formes de maltraitance en lien avec la dépression et le trouble de conduites chez les mères adolescentes. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 37-58.

- Paris, J. (1996). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé Mentale au Québec*, 21(1), 177-187.
- Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C. S., & Pariante, C. M. (2011). Antenatal depression and offspring psychopathology: the influence of childhood maltreatment. *British Journal of Psychiatry*, 199, 106-112.
- Pedinielli J.-L., & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-chirurgicale (Psychiatrie)*, 37 400 D-20.
- Pérez Benítez, C. I. P., Yen, S., Shea, M. T., Edelen, M. O., Markowitz, J. C., McGlashan, T. H., (...)Morey, L. C. (2010). Ethnicity in trauma and psychiatric disorders: Findings from the collaborative longitudinal study of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 583-598.
- Perry, J. C., Lavori, P. W., Pagano, C. J., Hoke, L., & O'Connell, M. E. (1992). Life events and recurrent depression in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 394-407.
- Pilkonis, P. A., & Frank, E. (1988). Personality pathology in recurrent depression : nature, prevalence, and relationship to treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 145, 435-441.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gamerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37, 8-14.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Rainey, D. Y., Stevens-Simon, C., & Kaplan, D. W. (1995). Are adolescents who report prior sexual abuse at high risk for pregnancy? *Child Abuse & Neglect*, 19(10), 1283-1288.
- Read, J., & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91.

- Rechtman, R. (2000). Stories of trauma and idioms of distress: from cultural narratives to clinical assessment. *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 403-416.
- Rettew, D. C., Zanarini, M. C., Yen, S., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Shea, T., (...) Gunderson, J. G. (2003). Childhood antecedents of avoidant personality disorder: A retrospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1122-30.
- Reza, A., Breiding, M. J., Gulaid, J., Mercy, J. A., Blanton, C., Mthethwa, Z., (...) Anderson, M. (2009). Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *The Lancet*, 373, 1966-72.
- Rigozzi, C., Rossier, J., Dahourou, D., Adjahouisso, M., Ah-Kion, J., Amoussou-Yeye, D., (...) Verardi, S. (2009). A cross-cultural study of the higher-order structure underlying personality disorders in French-speaking Africa and Switzerland. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 175-186.
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2004). Child maltreatment and emergent personality organization: Perspective from the Five-Factor Model. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 32, 123-145.
- Rolland, J.-P., & Mogenet, J.-L. (1994). *Manuel du Système D5D. Description en cinq dimensions*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Rossier, J., Aluja, A., Garcia, L. F., Angleitner, A., De Pascalis, V., Wang, W., (...) Zuckerman, M. (2007). The cross-cultural generalizability of Zuckerman's alternative Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Assessment*, 89(2), 188-96.
- Rossier, J., Dahourou, D., & McCrae, R. R. (2005). Structural and mean-level analyses on the five factor model and locus of control: further evidence from Africa. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 36(2), 227-246.
- Rossier, J., Rigozzi, C., & Personality Across Culture Research Group. (2008). Personality disorders and the Five-Factor Model among French speakers in Africa and Europe. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(8), 534-544.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: vol. 3, Social, emotional and personality development* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 105-176). New York: Wiley.

- Roy, A. (2001). Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior. *Psychiatry Research, 102*(1), 97-101.
- Roy, A. (2002). Childhood trauma and neuroticism as an adult: possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Psychology Medicine, 32*(8), 1471-1474.
- Roy, A. (2005). Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, 9*(2), 147-151.
- Saigh, P. A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy, 29*(3), 213-216.
- Salmon, K., & Bryan, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review, 22*, 163-188.
- Sansone, R. A., Gaither, G. A., & Songer, D. A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims, 17*, 49-55.
- Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W. (2010). Being bullied in childhood: correlations with borderline personality in adulthood. *Comprehensive Psychiatry, 51*, 458-461.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Wiederman, M. (1995). The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting. *Archives of Family Medicine, 4*(5), 439-42.
- Sansone, R. A., Songer, D. A., & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 117-120.
- Sapp, M. V., & Vandeven, A. M. (2005). Update on childhood sexual abuse. *Current Opinion in Pediatrics, 17*(2), 258-64.
- Sar, V., Islam, S., & Öztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*, 670-677.

- Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., & Roy, A. (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depression and Anxiety, 24*(4), 268-272.
- Sarchiapone, M., Jausse, I., Roy, A., Carli, V., Guillaume, S., Jollant, F., (...)Courtet, P. (2009). Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar result in an Italian and in a French sample. *European Psychiatry, 24*(1), 57-62.
- Sato, T., Uehara, T., Narita, T., Sakado, K., & Fujii, Y. (2000). Parental bonding and personality in relation to a lifetime history of depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 54*, 121-130.
- Saucier, G. (2005). *An integrative framework for factor structures based on personality lexicons*. Manuscrit non publié, University of Oregon.
- Saucier, G., & Goldberg, L.-R. (2006). Personnalité, caractère et tempérament : la structure translinguistique des traits. *Psychologie Française, 51*, 265-284.
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect, 28*(2), 167-180.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R., & Benet-Martínez, V. (2007). The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits: Patterns and Profiles of Human Self-Description Across 56 Nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 173-212.
- Scott, K. M., McLaughlin, K. A., Smith, D. A. R., & Ellis, P. M. (2012). Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *British Journal of Psychiatry, 200*, 469-475.
- Seedat, S., Nyamai, C., Njenga, F., Vythilingum, B., & Stein, D. J. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools. Survey in Cape Town and Nairobi. *British Journal of Psychiatry, 184*, 169-175.
- Seedat, S., van Nood, E., Vythilingum, B., Stein, D. J., & Kaminer, (2000). School survey of exposure to violence and posttraumatic stress symptoms in adolescents. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health, 12*, 38-44.
- Séguin-Sabouraud, A. (2006). Les modèles cognitivo-comportementaux de l'état de stress post-traumatique : considérations théoriques. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles*

*liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements* (pp. 87-118). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.

Selye, J. (1956). *The stress of life*. New York, McGraw-Hill.

Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2007). Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 865-873.

Sheldon W. H. (1950). *Les variétés de la constitution physique de l'homme*. Paris: P.U.F.

Shen, A. C.-T. (2009). Long term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese students. *Child Abuse & Neglect*, 33, 148-160.

Shevlin, M., Murphy, J., Read, J., Mallett, J., Adamson, G., & Houston, J. E. (2011). Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1203-1210.

Shin, S. H., Hong, H. G., & Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: a latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 226-235.

Sirles, E. A., Smith, J. A., & Kusama, H. (1989). Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 225-229.

Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257-264.

Slee, P. T., & Rigby, K. (1993). The relationship of Eysenck personality factors and self-esteem to bully/victim behavior in Australian school boys. *Personality and Individual Differences*, 14, 333-373.

Slopen, N. Williams, D. R., Seedat, S., Moomal H., Herman, A., & Stein, D. J. (2010). Adversities in childhood and adult psychopathology in the South Africa Stress and Health

Study: Associations with first-onset DSM-IV disorders. *Social Science & Medicine*, 71, 1847-1854.

Soloff, P. H., Feske, U., & Fabio, A. (2008). Mediators of the relations between childhood sexual abuse and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 221-232.

Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202-210.

Solomon, Z., Kotler, M., & Mikulincer, M. (1988). Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 14(7), 865-868.

Stamm, B., & Friedman, M. J. (2000). Cultural diversity in the appraisal and expression of trauma. In R. Yehuda & A. Y. Shalev (Eds.), *International Handbook of human response to trauma* (pp. 69-85). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Steel, C., Marzillier, S., Fearon, P., & Rudle, A. (2009). Childhood abuse and schizotypal personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 917-923.

Stevenson, J. (1999). The treatment of long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 89-111.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2012). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. DOI:10.1007/s00127-012-0549-y.

Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270.

- Sudres, J.-L. (1996). L'ethnopsychomotricité : Une oubliée... du constat à la clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 44(5), 197-205.
- Sudres, J.-L., Fouraste, R., & Moron, P. (2001). Personnalité schizotypique : exemple d'une organisation adaptative dans «la voyance ». *Annales de Psychiatrie*, 16(2), 71-77.
- Sudres J.-L., Moron, P., & Rogé, B. (2003). L'enfant victime de catastrophe naturelle et la question du deuil. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 7(70), 5-11.
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 121-127.
- Tani, F., Greenman, P. S., Schneider, B. H., & Fregoso, M. (2003). Bullying and the bullying incidents. *School Psychology International*, 24, 131-146.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the developement of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & Andersen, S. L. (2009). Lenght of time between onset of childhood sexual abuse and emergence of depression in a young adult sample: a retrospective clinical report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 684-691.
- Terr, L. C., (1983). Chowchilla revisited. The effects of psychic trauma four years after school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thombs, B. D., Bennett, W., Ziegelstein, R. C., Bernstein, D. P., Scher, C. D., & Forde, D. R. (2007). Cultural sensitivity in screening adults for a history of childhood abuse: Evidence from a community sample. *Society of General Internal Medicine*, 22, 368-373.

- Thompson, K. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Redlin, J., Demuth, G., (...)Haseltine, B. (2003). Psychopathology and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 35-38.
- Thuo, J., Ndeti, D. M., Maru, H., & Kuria, M. (2008). The prevalence of personality disorders in a Kenyan inpatient sample. *Journal of Personality Disorders, 22*(2), 217-220.
- Torres, S., & Han, H. R. (2000). Psychological distress in a non-Hispanic White and Hispanic abused women. *Archives of Psychiatric Nursing, 14*(1), 19-29.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology, 9*, 781-796.
- Trull, T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 471-81.
- Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect, 34*, 95-104.
- Turner, H. A., & Butler, M. J. (2003). Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *Journal of Youth & Adolescence, 32*, 89-103.
- Turner, R., & Lloyd, D. A. (2004). Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults racial and ethnic contrasts. *Archives of General Psychiatry, 61*(5), 481-488.
- Twomey, H. B., Kaslow, N. B., & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology, 17*, 313-335.
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research, 165*, 281-287.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Ethnicity and child sexual abuse experiences of female college students. *Journal of Child Sexual Abuse, 14*(3), 67-89.

- Vaiva, G., & Ducrocq, F. (2006). Neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. In L. Jehel & G. Lopez (Eds.), *Psychotraumatologie : Evaluation, Clinique, Traitement* (pp. 13-26). Paris, France: Dunod.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a relational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van der Kolk, B., & McFarlane, A. (1996). The black Hole of Trauma. In B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress. The effects of Overwhelming Experiences on Mind, Body, and Society* (pp. 3-23). New-York: The Guilford Press.
- van Reedt Dortland, A. K. B., Giltay, E. J., van Veen, T., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 36(1), 85-91.
- Vila, G. (2006). Aspects cliniques des états de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. In L. Jehel & G. Lopez (Eds.), *Psychotraumatologie: Evaluation, Clinique, Traitement* (pp. 129-138). Paris, France: Dunod.
- Vila, G., & Mouren-Simeoni, M. C. (1999). Etat de stress posttraumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? *Annales Médico-Psychologiques*, 157, 456-569.
- Ward, C. L., Flisher, A. J., Zissis, C., Muller, M., & Lombard, C. (2001). Exposure to violence and its relationship to psychopathology in adolescents. *Injury Prevention*, 7(4), 297-301.
- Weaver, T. L., & Clunn, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1068-75.
- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 312-324.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.

- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depression disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry, 64*, 49-56.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T.,(...)Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect, 35*, 647-654.
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders, 126*, 411-414.
- Yang, J., McCrae, R. R., Costa, Jr. P. T., Yao, S., Dai, X., Cai, T., & Gao, B. (2000). The cross-cultural generalizability of Axis-II constructs: an evaluation of two personality disorder assessment instruments in the People's Republic of China. *Journal of Personality Disorders, 14*, 249-263.
- Yen, C.-F., Yang, M.-S., Yang, M.-J., Su, Y.-C., Wang, M.-H., & Lan, C.-M. (2008). Childhood physical and sexual abuse: Prevalence and correlates among adolescents living in rural Taiwan. *Child Abuse & Neglect, 32*, 429-438.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R.,(...)McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 510-518.
- Yeomans, P. D., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2008). Symptom comparison across multiple solicitation methods among Burundians with traumatic event histories. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 231-234.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Willaims, A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Affective Disorders, 14*, 264-273.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Scharwtz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry, 30*, 18-25.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., (...)Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(8), 1101-1106.

Zanarini, M. C., Young, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 381-187.

Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 829-836.

Zimrin, H. (1986). A profile of survival. *Child Abuse & Neglect*, *10*, 339-349.

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(2), 163-169.

## TABLE DES MATIERES DES ANNEXES

|  |     |
|--|-----|
| ANNEXE 1 - NOTICE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS .....  | 225 |
| ANNEXE 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (POUR LES PATIENTS).....   | 227 |
| ANNEXE 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (POUR LES TEMOINS).....  | 228 |
| ANNEXE 4 - CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES .....  | 229 |
| ANNEXE 5 - CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (POUR LES PARTICIPANTS EN FRANCE).....                         | 230 |
| ANNEXE 6 - CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (POUR LES PARTICIPANTS AU TOGO) .....                          | 232 |
| ANNEXE 7 - QUESTIONNAIRE DE DIAGNOSTIC DE LA PERSONNALITE (PDQ-4+) .....                                 | 234 |
| ANNEXE 8 - FEUILLE DE CORRECTION DU PDQ-4 + .....  | 240 |
| ANNEXE 9 - ECHELLE DE SIGNIFICATION CLINIQUE DU PDQ-4+.....  | 241 |
| ANNEXE 10 - NARCISSISTIC PERSONALITY INVENTORY (NPI-16) .....  | 242 |
| ANNEXE 11 - INTERNATIONAL PERSONALITY ITEM POOL (IPIP-50).....   | 243 |
| ANNEXE 12 - LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS.....  | 248 |
| ANNEXE 13 - MANUSCRIT ACCEPTE PAR LE JOURNAL <b>SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY</b> ..... | 250 |

## Annexe 1 - NOTICE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS

Titre de la recherche : « Association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité : Etude comparative entre la France et le Togo »

Investigateurs : Kossi B. Kounou\*, M.A. ; Professeur Laurent Schmitt\*, M.D. et Professeur Gnansa Djassoa\*\*, Ph.D.

\* Laboratoire du Stress Traumatique (EA 4560) de l'Université Paul Sabatier et du CHU de Toulouse

\*\* Laboratoire de Psychologie de l'Université de Lomé

### **Objectif**

**Cette étude a pour objectif de comparer le score et la nature des traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité entre Français et Togolais, puis d'examiner le lien entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité.**

Nous souhaitons vous solliciter afin de participer à cette étude et nous vous présentons ici les modalités afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause.

### **Méthodologie**

Cette étude consiste à un entretien clinique avec un Psychologue au sein du Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU-Toulouse. Au cours de cet entretien d'une durée moyenne de 30 minutes à 1 heure, des questionnaires vous seront proposés.

### **Bénéfices attendus**

Votre participation à cette étude nous permettrait d'établir un lien entre les éventuels traumatismes de l'enfance et votre personnalité.

Cependant, nous ne pouvons pas vous garantir que votre participation à cette étude vous profitera directement.

### **Contraintes**

La seule contrainte en participant à cette étude est de répondre à tous les 4 questionnaires.

## **Risques prévisibles**

Les questionnaires pourraient occasionner ou vous rappeler des émotions vives telles la tristesse, la colère, etc. Il se peut également que vous vous sentiez ennuyé et fatigué par certaines questions qui vous paraîtront parfois répétitives.

Mis à part les inconvénients mentionnés ci-dessus, votre participation à cette étude ne vous causera aucun préjudice, en autant que nous le sachions.

Vous pouvez refuser de participer à l'étude ou retirer votre consentement à tout moment sans que votre prise en charge habituelle en soit affectée.

Un traitement informatique de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière. Pour préserver votre anonymat, vos données seront identifiées par un numéro de code.

*Vous pourrez, si vous le souhaitez, être informé, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude.*

Après un délai de réflexion que vous jugerez suffisant, vous pourrez librement signer la feuille de consentement en double exemplaire, dont vous conserverez un exemplaire.

## **Paraphe**

*Nous vous remercions de parapher toutes les pages de cette notice.*

**Annexe 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Pour les patients)**

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle ..... (nom, prénom)

demeurant à ..... (adresse) atteste que

Monsieur Kossi B. KOUNOU m'a proposé de participer à une étude intitulée :

*«Association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité : Etude comparative entre la France et le Togo».*

J'ai reçu une notice d'information précisant les modalités de déroulement de cette étude et décrivant le but de la recherche, la méthodologie, la durée, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles. J'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant et j'ai pu obtenir des réponses satisfaisantes à toutes mes questions.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Si je le demande, les résultats globaux de la recherche me seront communiqués à la fin de l'étude.

*Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.*

*Fait à .....*

*Le ..... / ..... / .....*

*Signature du participant*

*Le ..... / ..... / .....*

*Signature de l'investigateur*

**Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au volontaire,  
le second exemplaire est conservé par l'investigateur.**

**Annexe 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Pour les témoins)**

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle ..... (nom, prénom)  
demeurant à ..... (adresse) atteste que

Monsieur Kossi B. KOUNOU m'a proposé de participer à une étude intitulée :

*«Association entre les traumatismes de l'enfance et les troubles de la personnalité : Etude comparative entre la France et le Togo».*

J'ai reçu une notice d'information précisant les modalités de déroulement de cette étude et décrivant le but de la recherche, la méthodologie, la durée, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles. J'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant et j'ai pu obtenir des réponses satisfaisantes à toutes mes questions.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons.

Si je le demande, les résultats globaux de la recherche me seront communiqués à la fin de l'étude.

*Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.*

*Fait à .....*  
*Le ..... / ..... / .....*  
*Signature du participant*

*Le ..... / ..... / .....*  
*Signature de l'investigateur*

**Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au volontaire,  
le second exemplaire est conservé par l'investigateur.**

**Annexe 4 - CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Numéro de dossier : .....

Date de l'entretien : ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

1. Sexe : Homme

Femme

2. Age : .....

3. Profession : .....

4. Niveau d'étude : .....

5. Rang dans la fratrie : ..... sur.....

6. Situation familiale : Célibataire

Concubin(e) (en couple)

Marié (e)

Divorcé (e)

Veuf (ve)

7. Nombre d'enfant(s) : .....

8. Avez-vous souffert ou souffrez-vous de la dépression ? Oui  Non

9. Avez-vous reçu ou recevez-vous un traitement contre la dépression ? Oui  Non

10. Antécédents de maladie psychiatrique autre que la dépression:

Oui  Non  Si oui, préciser : .....

11. Nombre d'hospitalisation antérieure à la maladie actuelle : .....

12. Durée d'hospitalisation antérieure : .....

13. Motif de la maladie actuelle (selon le patient) : .....

14. Autre diagnostic de maladie antérieure : Oui  Non

- Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) : Oui  Non

- Hépatite : Oui  Non  Si oui, préciser : .....

- Cancer : Oui  Non  Si oui, préciser : .....

- Autres : Oui  Non  Si oui, préciser : .....

**Annexe 5 - Childhood Trauma Questionnaire (pour les participants en France)**

Les questions suivantes concernent certaines expériences que vous avez peut-être vécues au cours de votre enfance et votre adolescence. Pour chacune des questions, encerclez le numéro qui décrit le mieux ce que vous ressentez. Bien que certaines questions soient de nature personnelle, nous vous demandons d'y répondre le plus honnêtement possible.

Vos réponses demeureront confidentielles. Les questionnaires complétés sont strictement utilisés aux fins de cette recherche. Aucune copie ne sera mise en circulation, ces documents étant confidentiels.

| <b>1</b><br><b>Jamais vrai</b>   | <b>2</b><br><b>Rarement vrai</b> | <b>3</b><br><b>Quelquefois vrai</b> | <b>4</b><br><b>Souvent vrai</b> | <b>5</b><br><b>Très souvent vrai</b> |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Durant ma croissance</b>  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 1. J'ai manqué de nourriture.  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 2. Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 3. Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) » ou « laid(e)»                               |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants   |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 6. J'ai dû porter des vêtements sales  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 7. Je me sentais aimé(e)   |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 9. J'ai été frappé(e) par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisé(e) |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 10. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille   |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 11. J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques                         |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 12. J'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur)                                 |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille   |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 14. J'ai été bousculé(e) par les membres de ma famille   |                                  |                                     |                                 |                                      |

| <b>1</b><br><b>Jamais vrai</b>  | <b>2</b><br><b>Rarement vrai</b> | <b>3</b><br><b>Quelquefois vrai</b> | <b>4</b><br><b>Souvent vrai</b> | <b>5</b><br><b>Très souvent vrai</b> |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Durant ma croissance</b>   |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 15. Je me croyais abusé(e) physiquement   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 16. J'ai grandi dans un entourage idéal   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 17. J'ai été battu(e) au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 18. Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 19. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 20. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes                           |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 21. Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'ai des contacts sexuels avec lui/elle |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 22. J'avais la meilleure famille au monde   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 23. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles                              |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 24. J'ai été maltraité(e)   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 25. Je croyais être abusé(e) émotionnellement   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 26. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 27. Je croyais être abusé(e) sexuellement   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 28. Ma famille était source de force et de support  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |

**Annexe 6 - Childhood Trauma Questionnaire (Pour les participants au Togo)**

Les questions suivantes concernent certaines expériences que vous avez peut-être vécues au cours de votre enfance et votre adolescence. Pour chacune des questions, encerclez le numéro qui décrit le mieux ce que vous ressentez. Bien que certaines questions soient de nature personnelle, nous vous demandons d'y répondre le plus honnêtement possible.

Vos réponses demeureront confidentielles. Les questionnaires complétés sont strictement utilisés aux fins de cette recherche. Aucune copie ne sera mise en circulation, ces documents étant confidentiels.

| <b>1</b><br><b>Jamais vrai</b>   | <b>2</b><br><b>Rarement vrai</b> | <b>3</b><br><b>Quelquefois vrai</b> | <b>4</b><br><b>Souvent vrai</b> | <b>5</b><br><b>Très souvent vrai</b> |           |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| <b>Durant ma croissance</b>  |                                  |                                     |                                 |                                      |           |
| 1. J'ai manqué de nourriture.  |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 2. Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger  |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 3. Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) » ou « laid(e)»                               |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants   |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi  |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 6. J'ai dû porter des vêtements sales  |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 7. Je me sentais aimé(e)   |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance  |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 9. J'ai été frappé(e) par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisé(e) |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 10. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille   |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 11. J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des <i>traces</i> ou des marques                 |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 12. J'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur)                                 |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille   |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |
| 14. J'ai été bousculé(e) par les membres de ma famille   |                                  |                                     |                                 |                                      | 1 2 3 4 5 |

| <b>1</b><br><b>Jamais vrai</b>   | <b>2</b><br><b>Rarement vrai</b> | <b>3</b><br><b>Quelquefois vrai</b> | <b>4</b><br><b>Souvent vrai</b> | <b>5</b><br><b>Très souvent vrai</b> |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Durant ma croissance</b>  |                                  |                                     |                                 |                                      |
| 15. Je me croyais abusé(e) physiquement  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 16. J'ai grandi dans un entourage idéal  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 17. J'ai été battu(e) au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 18. Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 19. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 20. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 21. Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'ai des contacts sexuels avec lui/elle                      |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 22. J'avais la meilleure famille au monde  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 23. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 24. J'ai été maltraité(e)  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 25. Je croyais être abusé(e) émotionnellement  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 26. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin, <i>un homme religieux, un guérisseur traditionnel ou un marabout</i> , lorsque nécessaire |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 27. Je croyais être abuse(e) sexuellement  |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |
| 28. Ma famille était source de force et de support   |                                  |                                     |                                 | 1 2 3 4 5                            |

NB: Le CTQ étant un instrument payant, nous n'avons pas eu l'autorisation de donner les détails sur la composition de chaque catégorie ou sous-dimension de traumatismes de l'enfance.

## Annexe 7 - Questionnaire de Diagnostic de la Personnalité (PDQ-4+)

Date :

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous avez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque page du questionnaire commence par la phrase : « depuis plusieurs années... ».

**V (Vrai)** signifie que cet énoncé est **généralement vrai** pour vous.

**F (Faux)** signifie que cet énoncé est **généralement faux** pour vous.

Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer **V** ou **F** à chaque question.

Par exemple, à l'énoncé suivant :

xx. J'ai tendance à être têtu(e) V F

Si, depuis plusieurs années, vous êtes effectivement têtu (e), vous répondrez « vrai » en entourant le **V**.

Si cet énoncé ne s'applique pas du tout à vous, vous répondrez « faux » en entourant le **F**.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut.

### *Depuis plusieurs années...*

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1. J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer.   | V | F |
| 2. Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil ou le soutien des autres.   | V | F |
| 3. Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus de vision d'ensemble.  | V | F |
| 4. J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale.  | V | F |
| 5. J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent.  | V | F |
| 6. Je ferai n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent.   | V | F |
| 7. Les autres se sont plaint que je ne sois pas à la hauteur professionnellement ou que je ne tienne pas mes engagements. | V | F |
| 8. J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurais eu si j'avais été pris(e)).                     | V | F |
| 9. Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m'intéresse pas vraiment.  | V | F |
| 10. Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi.   | V | F |
| 11. Je sais que, si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper.                          | V | F |
| 12. Parfois, je me sens bouleversé(e).  | V | F |
| 13. Je ne me lie avec les gens lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment.  | V | F |
| 14. Je suis habituellement déprimé(e).  | V | F |
| 15. Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi.   | V | F |

*Depuis plusieurs années...*

|  |   |   |
|--|---|---|
| 16. Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement.   | V | F |
| 17. Je suis plus « sexy » que la plupart des gens.   | V | F |
| 18. Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour.  | V | F |
| 19. J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi.                                       | V | F |
| 20. Je me bagarre beaucoup physiquement.   | V | F |
| 21. Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas.                         | V | F |
| 22. J'aime mieux faire les choses tout(e) seul(e) qu'avec les autres.                                      | V | F |
| 23. Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent.             | V | F |
| 24. Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance.                             | V | F |
| 25. Parfois, je parle des gens dans leur dos.  | V | F |
| 26. Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e).                 | V | F |
| 27. Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.                         | V | F |
| 28. Je souffre d'un manque d'estime de moi.  | V | F |
| 29. Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs.  | V | F |
| 30. Je montre facilement mes émotions.   | V | F |
| 31. Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre.     | V | F |
| 32. Je me demande souvent qui je suis réellement.  | V | F |
| 33. J'ai de la peine à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi. | V | F |
| 34. Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas.  | V | F |
| 35. Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique.                                   | V | F |
| 36. Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien.   | V | F |
| 37. Les autres vont utiliser ce que je dis contre moi.   | V | F |
| 38. Il y a des gens que je n'aime pas.   | V | F |
| 39. Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens.                               | V | F |
| 40. J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout(e) seul(e).                        | V | F |
| 41. J'ai un sens moral plus élevé que les autres.  | V | F |
| 42. Je suis mon « propre » pire critique.  | V | F |
| 43. Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin.                                 | V | F |
| 44. J'ai un immense besoin que les autres gens me remarquent et me fassent des compliments.                | V | F |
| 45. J'ai essayé de me blesser ou de me tuer.   | V | F |

*Depuis plusieurs années...*

|  |   |   |
|--|---|---|
| 46. Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences.   | V | F |
| 47. Il n'y a pas beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt.  | V | F |
| 48. Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis.  | V | F |
| 49. Je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail.   | V | F |
| 50. Je suis très attentif(ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent.  | V | F |
| 51. Je n'ai jamais dit un mensonge.  | V | F |
| 52. J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat(e).  | V | F |
| 53. J'ai tellement envie que les gens m'aiment que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas faire. | V | F |
| 54. J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin mais que je suis incapable de jeter.  | V | F |
| 55. Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées.  | V | F |
| 56. Je me fais beaucoup de soucis.   | V | F |
| 57. J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas dans mes habitudes de leur en consentir.               | V | F |
| 58. Je suis très « soupe au lait » (susceptible).  | V | F |
| 59. Mentir m'est facile et je le fais souvent.   | V | F |
| 60. Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.  | V | F |
| 61. Je suis souvent sur mes gardes, de peur que l'on ne profite de moi.  | V | F |
| 62. Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal.   | V | F |
| 63. J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi.   | V | F |
| 64. Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée.  | V | F |
| 65. Lorsque je suis seul(e), je me sens désemparé(e) et incapable de m'occuper de moi-même.  | V | F |
| 66. Si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même.   | V | F |
| 67. J'ai un penchant pour le « dramatique ».   | V | F |
| 68. Il y a des gens qui pensent que je profite des autres.   | V | F |
| 69. Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens.  | V | F |
| 70. Je suis critique à l'égard des autres  | V | F |
| 71. Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet.   | V | F |
| 72. J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face.  | V | F |
| 73. Les autres se sont souvent plaint que je ne remarquais pas qu'ils étaient bouleversés.   | V | F |
| 74. En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e),  | V | F |

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| excentrique et bizarre. |  |  |
|-------------------------|--|--|

*Depuis plusieurs années...*

|   |   |   |
|---|---|---|
| 75. J'aime faire des choses risquées.   | V | F |
| 76. J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.  | V | F |
| 77. Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai.   | V | F |
| 78. J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur.  | V | F |
| 79. Certaines personnes sont jalouses de moi.   | V | F |
| 80. Je suis facilement influencé(e) par les autres.   | V | F |
| 81. J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingre.  | V | F |
| 82. Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager immédiatement dans une autre relation.                            | V | F |
| 83. Je souffre d'un manque d'estime de soi.   | V | F |
| 84. Je suis un(e) pessimiste.   | V | F |
| 85. Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent.   | V | F |
| 86. Etre au milieu des gens me rend nerveux(se).  | V | F |
| 87. Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise.   | V | F |
| 88. Je suis terrifié(e) à l'idée de devoir m'assumer tout(e) seul(e).   | V | F |
| 89. Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) qu'une mule.  | V | F |
| 90. Je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux qu'ils ne le font eux-mêmes.                                   | V | F |
| 91. Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui suit lui présenter mes excuses.                       | V | F |
| 92. Les autres pensent que je suis prétentieux(se).   | V | F |
| 93. Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience.                                       | V | F |
| 94. Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent.   | V | F |
| 95. Je garde mes distances à l'égard des autres.  | V | F |
| 96. Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e).   | V | F |
| 97. Je me sens souvent coupable.  | V | F |
| 98. J'ai fait, de manière impulsive, des choses ( <i>comme celles indiquées ci-dessous</i> ) qui pourraient me créer des problèmes. | V | F |

*Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :*

*...X...*

- |  |     |
|--|-----|
| a. Dépenser plus d'argent que j'en ai.                             | ... |
| b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine | ... |
| c. Boire trop  | ... |
| d. Prendre des drogues   | ... |
| e. Manger de façon boulimique                                      | ... |
| f. Conduire imprudemment   | ... |

*Depuis plusieurs années...*

|  |   |   |
|--|---|---|
| 99. Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15 ans), j'étais une sorte de délinquant(e) juvénile et je faisais certaines choses ci-dessous. | V | F |
|--|---|---|

*Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :*

*...X...*

- 1) J'étais considéré(e) comme une brute. ...
- 2) J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants. ...
- 3) J'ai utilisé une arme dans mes bagarres. ...
- 4) J'ai volé ou agressé des gens. ...
- 5) J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens. ...
- 6) J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux. ...
- 7) J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi. ...
- 8) J'ai beaucoup menti. ...
- 9) J'ai découché sans la permission de mes parents. ...
- 10) J'ai dérobé des choses aux autres. ...
- 11) J'ai allumé des incendies. ...
- 12) J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui. ...
- 13) Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit. ...
- 14) J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans. ...
- 15) Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un. ...

**Annexe 8 - FEUILLE DE CORRECTION DU PDQ-4 +**

| Personnalité<br>paranoïaque (utile<br>4) | Personnalité<br>histrionique (utile<br>5) | Personnalité<br>Antisociale (utile<br>B + 3) et B = 99<br>(utile 3) | Personnalité<br>obsessionnelle<br>compulsive (utile<br>4) | Personnalité<br>négaliviste<br>(passive<br>agressive)<br>(utile 4) |
|--|---|---|---|--|
| 11. -                                    | 4. -                                      | 8. -  | 3. -  | 7. -   |
| 24. -                                    | 17. -                                     | 20. -   | 16. -   | 21. -  |
| 37. -                                    | 30. -                                     | 33. -   | 29. -   | 35. -  |
| -- 50. --                                | -- 43. --                                 | -- 46. --   | -- 41. --   | -- 49. --  |
| 62. -                                    | 55. -                                     | 59. -   | 54. -   | 63. -  |
| 85. -                                    | 67. -                                     | 75. -   | 66. -   | 77. -  |
| 96. -                                    | 80. -                                     | 94. -   | 81. -   | 91. -  |
|  | 90. -                                     | B = 99 -  | 89. -   |  |

| Personnalité<br>schizoïde<br>(utile 4) | Personnalité<br>narcissique (utile<br>5) | Personnalité<br>évitante<br>(utile 4) | Trop bon<br>(utile 2)                    | Personnalité<br>dépressive<br>(utile 5) |
|--|--|---------------------------------------|--|---|
| 9. -                                   | 5. -                                     | 1. -                                  | * 12. -                                  | 14.-                                    |
| 22. -                                  | 18. -                                    | 13. -                                 | * 25. -                                  | 28. -                                   |
| 34. -                                  | 31. -                                    | 26. -                                 | * 38                                     | 42. -                                   |
| -- 47. --                              | -- 44. --                                | -- 39. --                             | -- 51. --                                | -- 56. --                               |
| + 60. -                                | 57. -                                    | 52. -                                 | * faux est la<br>réponse<br>pathologique | 70. -                                   |
| 71. -                                  | 68. -                                    | 83. -                                 |  | 84. -                                   |
| 95. -                                  | 73. -                                    | 87. -                                 |  | 97. -                                   |
|  | 79. -                                    |                                       |  |   |
|  | 92. -                                    |                                       |  |   |

| Personnalité<br>schizotypique<br>(utile 5) | Personnalité<br>borderline<br>(utile 5) | Personnalité<br>dépendante<br>(utile 5) | Questionnaire<br>suspect (utile 1) | Total<br>PDQ-4 + |
|--|---|---|------------------------------------|------------------|
| 10. -                                      | 6. -                                    | 2. -                                    | 64. -                              |                  |
| 23. -                                      | 19. -                                   | 15. -                                   | -- 76. --                          |                  |
| 36. -                                      | 32. -                                   | 27. -                                   |                                    | Score : --       |
| -- 48. --                                  | -- 98. -<br>(utile 2)                   | 40. -                                   |                                    |                  |
| 61. -                                      | 45. -                                   | 53. -                                   |                                    |                  |
| 72. -                                      | 58. -                                   | 65. -                                   |                                    |                  |
| 74. -                                      | 69. -                                   | 82. -                                   |                                    |                  |
| + 60. -                                    | 78. -                                   | 88. -                                   |                                    |                  |
| 86. -                                      | 93. -                                   |   |                                    |                  |

Nom : .....  
Date : .....

(+ 60 : si positif, ne  
le compter une fois)

## Annexe 9 - ECHELLE DE SIGNIFICATION CLINIQUE DU PDQ-4+

Le (la) clinicien(ne) doit évaluer la signification clinique de tout trouble pour lequel le (la) patient(e) présente des critères.

« Vous avez indiqué que les items suivants étaient vrais pour vous » - A répéter pour chaque trouble positif au PDQ-4 ; (*lire les items pathologiques d'un seul type de trouble à la fois*) :

A. Est-ce qu'en fait l'un ou l'autre de ces items n'est pas réellement vrai pour vous ?

Si oui, indiquez-moi le(s) quel(s). (*Annuler tout item que le (la) patient(e) déclare maintenant pas réellement vrai pour lui (elle)\*.*)

B. Depuis combien de temps ces items font-ils partie de votre personnalité ?

- Moins d'un an.
- D'un à cinq ans.
- La plus grande partie de votre vie, ou dès avant l'âge de 18 ans\*.

C. Ces items ne font-ils partie de votre personnalité que lorsque vous êtes déprimé(e), anxieux(se), malade physiquement ou lorsque vous consommez de l'alcool ou de la drogue ? Ou sont-ils présents la plupart du temps, sans relation avec votre humeur, votre niveau d'anxiété, votre consommation d'alcool ou de drogue, ou votre état général de santé ?

- Seulement lors de dépression.
- Seulement lors d'anxiété.
- Seulement lors de consommation d'alcool ou de drogue.
- Seulement lors de maladie physique.
- Sans relation avec les points ci-dessus\*.

D. Dans quel(s) domaine(s) ces items vous créent-ils des difficultés ?

- A la maison.
- Au travail.
- Dans vos relations.
- Autres (spécifier).

(*Une altération dans au moins un domaine est nécessaire pour valider D\*.*)

Ou :

E. Tout ce que nous venons de voir vous inquiète-t-il beaucoup pour vous-même ?

- Oui\*
- Non

\* Pour être cliniquement significatif, le trouble de la personnalité doit :

- atteindre encore le seuil pathologique après que le (la) patient(e) a eu l'occasion d'indiquer si certains items n'étaient en fait pas réellement vrais pour lui (elle) (A) ;
- le trouble doit être de longue durée (B) ;
- le trouble ne doit pas être limité aux moments où le (la) patient(e) est déprimé(e) anxieux(se), sous l'effet de l'alcool ou de drogues, ou physiquement malade (C) ;
- le trouble doit avoir conduit à une altération fonctionnelle (D) **ou** à un état de détresse (E).

## Annexe 10 - Narcissistic Personality Inventory (NPI-16)

Consignes : Lisez chaque paire d'affirmations ci-dessous et cochez celle qui vous paraît la plus proche pour décrire vos émotions et vos croyances sur vous-même. Il se peut qu'aucune des deux phrases ne vous décrive bien, choisissez alors celle qui s'en rapproche le plus. S'il vous plaît, veuillez à répondre à chacune des paires.

1. J'aime être le centre d'attention.  
Je suis très mal à l'aise quand je suis le centre d'attention.
2. Je ne suis ni meilleur ni moins bon que les autres.  
Je pense que je suis quelqu'un de spécial.
3. Tout le monde aime écouter mes histoires.  
Quelques fois, je raconte de bonnes histoires.
4. En général, j'obtiens le respect que je mérite.  
J'insiste pour obtenir le respect qui m'est dû.
5. Je me fiche de suivre les autres.  
J'aime avoir de l'autorité sur les autres.
6. Je serai quelqu'un de bien.  
J'espère que je réussirai.
7. Quelques fois, les gens croient ce que je leur dis.  
Je peux faire croire n'importe quoi à n'importe qui.
8. J'attends beaucoup de choses de la part des autres.  
J'aime faire les choses pour les autres.
9. J'aime être le centre d'attention.  
Je préfère me fondre dans la masse.
10. Je suis comme tout le monde.  
Je suis une personne extraordinaire.
11. Je sais toujours ce que je fais.  
Quelques fois, je ne suis pas vraiment sûr de ce que je fais.
12. Je n'aime pas quand je trouve que je manipule les gens.  
Je trouve que c'est facile de manipuler les gens.
13. Etre une figure d'autorité n'est pas très important pour moi.  
Les gens ont toujours l'air de reconnaître mon autorité.
14. Je sais que je suis quelqu'un de bien parce que tout le monde n'arrête de me le dire  
Quand les gens me complimentent, je suis quelques fois embarrassé.
15. J'essaie de ne pas être un frimeur.  
J'ai tendance à frimer si j'en ai l'occasion.
16. Je suis plus compétent que les autres.  
Il y a beaucoup de choses que je peux apprendre des autres.









### Cotation du NPI-16

Chaque item du NPI-16 est une paire de propositions A et B avec seulement une proposition narcissique qui est cotée 1.

Les 16 propositions cotées 1 sont : 1A, 2B, 3A, 4B, 5B, 6A, 7B, 8A, 9A, 10B, 11A, 12B, 13B, 14A, 15B et 16A.

L'intensité du narcissisme est la somme de toutes les propositions cotées 1.

### Constitution et cotation de l'IPIP-50

| <b>Facteurs ou dimensions</b> | Items positifs            | Items négatifs                   |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Extraversion                  | 1, 11, 21, 31, 41         | 6, 16, 26, 36, 46                |
| Agréabilité                   | 7, 17, 27, 37, 42, 47     | 2, 12, 22, 32                    |
| Conscience                    | 3, 13, 23, 33, 43, 48     | 8, 18, 28, 38                    |
| Stabilité émotionnelle        | 9, 19                     | 4, 14, 24, 29, 34, 39,<br>44, 49 |
| Ouverture ou imagination      | 5, 15, 25, 35, 40, 45, 50 | 10, 20, 30                       |

Les items positifs sont cotés de 0 à 16 alors que les items négatifs sont cotés inversement. Le score de chaque dimension est la somme des dix items qui la composent.

## Annexe 12 - Liste des publications et communications

### Publication à comité de lecture internationale

#### Accepté

Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., Birmes, P., & Schmitt, L. (2012). Childhood Trauma, Personality Disorders Symptoms and Current Major Depressive Disorder in Togo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (In press).

#### Soumis

Kounou, K. B., Bui, E., Djassoa, G., Dassa, K. S., Birmes, P., & Schmitt, L. (2012). Emotional Instability Mediates the Relationship between Childhood Traumatic Experiences and Cluster B Personality Disorder Symptoms. Submitted to *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.

Kounou, K. B., Djassoa, G., Amétépé, L. K., Rieu, J., Mathur, A., & Schmitt, L. (2012). Childhood Maltreatment and Personality Disorders in Patients with a Major Depressive Disorder: a Comparative Study between France and Togo. Submitted to *Transcultural Psychiatry*.

Kounou, K. B., Dogbe Foli, A. A., Dassa, S. K., & Schmitt, L. (2012). Childhood adversity and adult personality disorder symptoms in Togo. Submitted to *African Journal of Psychiatry*.

### Publication à comité de lecture nationale

Kounou, K. B., Djassoa, G., Dassa, S. K., & Ahyi, R. G. (2005). La dépression réactionnelle à Lomé : facteurs déclenchants et manifestations cliniques. *Echanges*, 13, 16-20.

### **Communications affichées avec comité de sélection**

Kounou, K. B., Bui, E., & Schmitt, L. Coping strategies in Togolese substance users. (2009, May). *162<sup>th</sup> American Psychiatric Association Annual Meeting*, San Francisco, USA.

Kounou, K. B., Bui, E., Birmes, P., & Schmitt, L. (2009, juin). Troubles de la personnalité chez les toxicomanes et infection à l'hépatite C et au VIH. *107<sup>e</sup> Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Aix-en-Provence, France.

### **Communication orale avec comité de sélection**

Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Djassoa, G., & Schmitt, L. (2012, octobre). Traumatismes de l'enfance et dépression à l'âge adulte au Togo. Communication présentée au cours de la XVI<sup>e</sup> édition des Journées Scientifiques Internationales de Lomé, Togo.

Kounou, K. B., Ladois, A., Bui, E., Djassoa, G., & Schmitt, L. (2010, février). Interaction des représentations culturelles avec les thérapies occidentales dans la prise en charge de la dépression au Togo. Communication présentée au Colloque International d'Anthropologie, Yaoundé, Cameroun.

### **Chapitre de livre**

Kounou, K. B., Ladois, A., Bui, E., & Schmitt, L. (2010). Prise en charge de la dépression à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného au Togo. In L. Lado, *Le pluralisme médical en Afrique* (pp. 317-333), PUCAC, Yaoundé : Karthala.

## Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo

Kossi B. Kounou · Eric Bui · Kolou S. Dassa ·  
Devon Hinton · Laura Fischer · Gnansa Djassoa ·  
Philippe Birmes · Laurent Schmitt

Received: 2 January 2012 / Accepted: 23 November 2012  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

### Abstract

**Purpose** Childhood trauma (CT) has been found to be associated with major depressive disorder (MDD) and personality disorders (PD) in adulthood in Western countries, but little is known about the relationship between CT, PD and MDD in sub-Saharan Africa. The present study aims to examine: (1) the frequency of the CT, (2) the association between CT, PD symptoms and MDD and (3) the mediating role of PD between CT and MDD in Togo. **Methods** One hundred and eighty-one participants (91 individuals with current MDD and 90 healthy controls without psychiatric history) completed the 28-item CT Questionnaire (CTQ) and the Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+).

**Results** Participants in the MDD group reported more frequently emotional, sexual and physical abuse and emotional and physical neglect than controls ( $p < 0.001$ ). There was a significant positive correlation between the total abuse and the PDQ-4 + score ( $r = 0.48, p < 0.01$ ) in the total sample. Emotional and sexual abuses were associated with current MDD and the number of PD criteria

endorsed. Furthermore, PD symptoms mediated partially the relationship between CT and current MDD.

**Conclusions** Our results suggest an association between CT and current MDD in French-speaking sub-Saharan Africa, and that this relationship may be explained by PD symptoms. Prospective studies to confirm these results are warranted.

**Keywords** Childhood trauma · Personality disorders · Depression · Sub-Saharan Africa · Togo

### Introduction

Childhood trauma (CT) and psychiatric conditions in adulthood such as personality disorders (PD) have been shown to be associated [1–4]. Early sexual, emotional and physical abuse have been found to be predictors of adulthood depressive disorders in retrospective studies [5–8], as well as in prospective studies [9, 10].

Patients with PDs have been shown to report more childhood abuse such as emotional and physical abuse as well as emotional and physical neglect (PN) [11, 12]. Tyrka et al. [13] found that individuals reporting sexual or physical abuse and those reporting emotional abuse (EA) or neglect present more PDs symptoms than their control counterparts who do not endorse childhood adverse events.

Research examining the association between PDs and depression has also been conducted. In a prospective study, Iacoviello et al. [14] examined the clusters B and C PDs as predictors of four indicators of the course of depression: severity, episode duration, symptoms chronicity and number of episodes. Cluster B predicted severity and duration of depression while cluster C predicted its chronicity [14]. Both of these clusters have also been found to be risk

K. B. Kounou · E. Bui (✉) · P. Birmes · L. Schmitt  
Université de Toulouse, UPS, Laboratoire du Stress Traumatique  
(LST-EA 4560), CHU de Toulouse, Hôpital Casselardit, 170 av.  
de Casselardit, TSA 40031, 31059 Toulouse Cedex 9, France  
e-mail: tebui@partners.org

K. B. Kounou · K. S. Dassa · G. Djassoa  
Laboratoire de Psychologie, Université de Lomé,  
Lomé, Togo

E. Bui · D. Hinton · L. Fischer  
Massachusetts General Hospital, Boston, USA

E. Bui · D. Hinton  
Harvard Medical School, Boston, USA

factors for depressive relapse [15]. However, to date, most research conducted on the relationship between CT, MDD and PD has been conducted in Western or developed countries.

Recently, the paucity of studies in this field in developing countries has been noted [16, 17]. Few studies have been conducted in Asian and African countries that have a history of sociopolitical violence (e.g., Sri Lanka, Nepal, Afghanistan, Rwanda, Sierra-Leone, Democratic Republic of Congo and Uganda) [16]. In those countries, children and teenagers were confronted with violence related to war that had a negative impact on their mental health [16]. When considering African culture, in addition to the usual abuse reported in Western countries, childhood adverse events specific to Africa include scarifications and excision [18].

Thus, few data are available on the consequences of CT in adulthood in French-speaking sub-Saharan Africa. A multi-site cross-sectional study conducted in four sub-Saharan Africa countries (Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda) examined the effects of adverse childhood experiences on alcohol use from adolescents aged 12–19 years [19]. The two adverse childhood events that emerged as significant predictors of self-reported past-year drunkenness among males were: living in a household with a problem, drinker before age 10 and being physically abused before age 10. This study failed to examine the association between CT and MDD and did not assess the consequences in adulthood. To our knowledge, there is no study examining the association between CT and adulthood psychopathology in French-speaking sub-Saharan Africa.

Togo is a West African, sub-Saharan country of 6 million inhabitants composed of many ethnic groups including the Adja-Ewe, the Kabye-Tem, the Para-Gourma, and the Mina. Politically, Togo is quite stable, and has known no civil war as opposed to many other sub-Saharan African countries. A study conducted in Togo [18] classified the different childhood and adolescent maltreatments into four categories: physical, sexual and psychological abuse and other such as child labor and early marriage. In these categories of maltreatments, trauma related to Togolese cultural practises were also mentioned including scarifications, female genital mutilation and a high prevalence of physical abuse (PA). However, this study did not examine the association between CT and adulthood psychopathologies.

It has been shown that CT are associated with depression and PDs in adulthood on one hand, and PDs are associated to the existence of depression on the other hand. These associations have never been studied in French-speaking sub-Saharan Africa where cultural factors play a role in the interpretation of trauma and in the response to the adverse event. Although many studies have already explored the associations and the co-occurrences of CT and

PD [1, 13], CT and MDD [4, 10], PD and MDD [14], very few have examined the association of these three factors simultaneously [20].

A study reported that while CT seemed to play an important role in the onset of depression and neuroticism significantly correlated to depression, the association between CT and personality was not significant [21]. Another cross-sectional study conducted in Japan failed to show a mediating effect of personality on the relationship between adverse parenting and lifetime history of MDD [20]. Both of these studies failed to show the mediating effect of PDs on the association between CT and MDD. However, their negative results might be explained by the assessment of personality as a dimension and not using PD criteria. To our knowledge, there is no study examining the mediating role of PDs between CT and MDD.

Our study aims to compare the prevalence of CT and PD symptoms between individuals with MDD and controls, to explore the relation between the types of childhood abuse and PD, CT and current MDD, and to examine the mediating role of PD symptoms between CT and current MDD in Togo. We hypothesized that in a population of Togolese, CT would be associated with PD and current MDD and that PD symptoms play a mediating role between CT and MDD. Specifically, emotional and sexual abuses (SA) were hypothesized to be associated with the presence of PD symptoms which mediate the association between CT and current MDD.

## Method

### Study design

The present research describes a case-control study which took place from March to October 2010 in Togo. The data were collected in one of four psychiatric care centers which were: "Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tokoin", "CHU Campus" of Lomé, "Centre de Santé Mentale d'Agoo" (North suburb of Lomé) and "Hôpital Psychiatrique de Zébé-Aného", which is the only Psychiatric Hospital in Togo.

### Participants

Inclusion criteria for the participants with MDD were defined as admittance to one of the study sites for a primary diagnosis of MDD according to the DSM-IV criteria assessed by the treating psychiatrist. During the enrollment period, of the 96 patients eligible to participate in the study, 5 refused to participate in the study (2 patients were not interested in the study and 3 declined because they did not want to talk about painful childhood experiences). The final

MDD group was composed of 91 participants [mean age, 29.21 years, SD = 7.17, 65.9 % ( $n = 60$ ) females]. The sample of healthy controls was composed of paramedical staff (nurses, midwives, laboratory technicians, etc.) and students. Prior history of psychiatric problems or current psychiatric treatment was exclusionary. After 8 individuals were excluded for these reasons, the control group was composed of 90 participants [mean age, 28.73 years, SD = 6.20, 66.7 % ( $n = 60$ ) females]. All the participants agreed to take part in this research and signed an acceptance formula explained and established for this matter. For both groups, inclusion criteria specified that participants must be 18–65 years of age and French speaking.

#### Measures

The 28-item CT Questionnaire (CTQ) [22, 23] was used to evaluate CT. This self-report inventory retrospectively assesses the severity of different types of trauma and provides five subscales: EA, PA, SA, emotional neglect (EN) and PN. Items are rated on 5-point Likert scales (ranging from “never true” = 1 to “very often true” = 5) and producing scores ranging from 5 to 25 for each trauma subscale and from 25 to 125 for the total abuse/neglect. According to the norms specified in the CTQ manual, the severity of each trauma was rated. Each abuse is classified as high or severe if the score was placed in the moderate to severe level and low for none or low level. Thus, the severity of each trauma was for EA, score more than 12; PA, score over 9; SA, score over 7; EN, score more than 14; PN, score over 9. We therefore dichotomized the total study population in two groups: high/severe-maltreatment group (abuse group) and low-maltreatment group (no abuse group). The high-maltreatment group consisted of participants who were placed in the moderate to high category on at least one of the childhood maltreatment subscales, and the low-maltreatment group consisted of subjects who obtained CTQ scores in the none to low category for all the childhood maltreatment subscales.

The 99-item Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) [24] was used to assess PDs according to DSM-IV criteria. This instrument provided both a categorical scoring of PDs as well as continuous measure of PD symptomatology. In addition to the three clusters of PD (A, B and C), it also assesses the depressive and passive-aggressive (negativist) PDs, two PDs in the DSM-IV-TR appendix. The overall score of PDQ-4+ which is calculated by summing all items (except the malingering items) reflects a general index of PD. To assess the presence or absence of PD, the precise threshold indicating the presence probability of one or more PD is set as superior or equal to 28 on the PDQ-4+ [25]. All the assessments were conducted by KBK.

#### Statistical analyses

To test the association between categorical variables and to compare the groups on categorical variables, the  $\chi^2$  test was utilized. To test the differences in CTQ scores and PD symptoms, we conducted a series of Student's *t* test. The Pearson's correlations were used to examine association between CTQ scores and overall PDQ-4+ score. A multivariate linear regression was then conducted to examine the association of each CT with the score of PDQ-4+. Logistic regression analyses were utilized to explore the relationship of each type of abuse and neglect on the presence of current MDD, and the association of each PD symptom with current MDD. Finally, using a mediation analysis, we examined the role of PD symptoms in the association between CT and the onset of present MDD. A mediation analysis was conducted using the bootstrapping samples procedure type of Preacher and Hayes [26] entering childhood abuse (total score of CTQ) as the independent variable, the existence of current MDD as the dependent variable, and the PDQ-4+ score as the mediation variable. Age, gender, marital status, professional status and prior history of severe somatic disease were entered as covariates.

The analyses were conducted using the statistical software SPSS 18.0 and the level of significance was set to 0.05 for all analyses.

## Results

#### Sociodemographic characteristics

The main sociodemographic data are reported in Table 1. The mean age was 29.0 (SD = 6.7). There was no significant difference between the two samples as determined by the  $\chi^2$  test (MDD subjects and healthy controls) in terms of age, gender, ethnicity and marital status. Table 1 contains the sociodemographic characteristics and frequencies of childhood abuse in all participants.

#### Relation between CT and current major depressive disorder

The score of total abuse is significantly higher among the depressed group (mean score, 55.1, SD = 14.0) than the control group (mean score, 42.7, SD = 11.3), [ $t(179) = 6.57, p < 0.01$ ]. Participants in the MDD group endorsed more CT events than their counterparts in the control group.

MDD participants endorsed significantly more frequently all types of severe childhood abuse than controls (all  $ps < 0.05$ ). We then conducted a logistic analysis

**Table 1** Sociodemographic characteristics and abuse frequency in all participants ( $N = 181$ ): patients with depression vs. controls

|   | Current MDD patients ( $N = 91$ ) |      | Healthy controls ( $N = 90$ ) |      | $p$   |
|---|-----------------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|   | $n$                               | %    | $n$                           | %    |       |
| Age: mean (SD)                            | 29.21 (7.17)                      |      | 28.73 (6.20)                  |      | 0.634 |
| Gender                                    |                                   |      |                               |      |       |
| Female                                    | 60                                | 65.9 | 60                            | 66.7 | 0.917 |
| Ethnic group                              |                                   |      |                               |      | 0.633 |
| Adja-Ewe                                  | 45                                | 49.4 | 42                            | 46.7 |       |
| Kabye-Tem                                 | 15                                | 16.5 | 17                            | 18.9 |       |
| Mina                                      | 13                                | 14.3 | 12                            | 13.3 |       |
| Para-Gourma                               | 4                                 | 4.4  | 1                             | 1.1  |       |
| Others                                    | 14                                | 15.4 | 18                            | 20.0 |       |
| Marital status                            |                                   |      |                               |      | 0.464 |
| Single                                    | 57                                | 62.6 | 67                            | 74.5 |       |
| Married                                   | 26                                | 28.6 | 18                            | 20.0 |       |
| Concubine                                 | 3                                 | 3.3  | 3                             | 3.3  |       |
| Divorced                                  | 2                                 | 2.2  | 1                             | 1.1  |       |
| Widowed                                   | 3                                 | 3.3  | 1                             | 1.1  |       |
| Professional status                       |                                   |      |                               |      | 0.028 |
| Student                                   | 31                                | 34.1 | 42                            | 46.7 |       |
| Employed                                  | 55                                | 60.4 | 48                            | 53.3 |       |
| Unemployed                                | 5                                 | 5.5  | 0                             | 0    |       |
| Prior history of severe somatic pathology |                                   |      |                               |      | 0.001 |
| HIV                                       | 4                                 | 4.4  | 1                             | 1.1  |       |
| Hepatitis                                 | 1                                 | 1.1  | 2                             | 2.2  |       |
| Others                                    | 25                                | 27.5 | 11                            | 12.2 |       |
| CTQ sub-scales                            |                                   |      |                               |      |       |
| Emotional abuse                           | 40                                | 43.9 | 11                            | 12.2 | 0.001 |
| Physical abuse                            | 31                                | 34.1 | 16                            | 17.8 | 0.012 |
| Sexual abuse                              | 52                                | 57.1 | 24                            | 26.7 | 0.001 |
| Emotional neglect                         | 52                                | 57.1 | 29                            | 32.2 | 0.001 |
| Physical neglect                          | 42                                | 46.2 | 20                            | 22.2 | 0.001 |
| Total abuse                               | 81                                | 89.0 | 55                            | 61.1 | 0.001 |

entering in a first block age, gender, marital status, professional status and prior history of severe somatic pathology and the five types of abuse (EA, PA, SA, EN and PN) as predictors and the MDD in a second block. Results showed that EA and SA were significantly and independently associated with an increased risk of current MDD (odds ratio = 3.7 (95 % confidence interval (CI) 1.45–9.40) for EA and 2.2 (95 % CI 1.03–4.84) for SA. Table 2 shows the estimated effects of each subtype of CT on the risk of current MDD. The logistic analysis revealed also that severe history of somatic disease and the professional status (students or unemployed) increased the risk of

current MDD (odds ratio = 2.6 (95 % CI 1.08–6.18) and (odds ratio = 6.6 (95 % CI 1.81–24.15), respectively).

#### Association between CT and personality disorders

When the score of PDQ-4+ was  $\geq 28$ , we hypothesized the likely presence of at least one PD, according to Fossati et al. [25] norms. For the whole sample, 136 individuals (75.1 %) were in the high-maltreatment group and 45 individuals (24.9 %) in the low-maltreatment group.

Further, individuals reporting severe abuse in childhood were more likely to meet the threshold for PD presence than those in the low maltreatment group, 82.3 vs. 17.7 %, ( $\chi^2 = 17.37$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ). Participants in the high-abuse group scored higher on the PDQ-4+ total score (mean score, 41.7, SD = 13.9) than individuals in the low abuse group (mean score, 28.9, SD = 17.1),  $t(179) = 5.03$ ,  $p < 0.001$ .

Results from  $\chi^2$  tests revealed a significant association between severe EA and the probable PD presence ( $\chi^2 = 13.62$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ). The relation was also significant with severe SA ( $\chi^2 = 10.19$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ). Furthermore, there was a significant association between EN and PD criteria ( $\chi^2 = 4.52$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ), PN and PD criteria ( $\chi^2 = 4.63$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ). No significant relationship between PA and the likely presence of PD was detected ( $p > 0.05$ ).

Among all participants, the PDQ-4+ total score was significantly correlated with all childhood abuse ( $r = 0.48$ ,  $p < 0.01$ ), emotional ( $r = 0.49$ ,  $p < 0.01$ ), physical ( $r = 0.31$ ,  $p < 0.01$ ) and SA ( $r = 0.36$ ,  $p < 0.01$ ), emotional neglect ( $r = 0.27$ ,  $p < 0.01$ ) and physical neglect ( $r = 0.30$ ,  $p < 0.01$ ).

A multi-variate regression analysis predicting PDQ-4+ total score by entering the five types of CT (EN, PN, PA, SA and EA) in a stepwise fashion revealed that SA and EA were independently associated with PDs symptoms and explained 27 % of the variance in the score of PDQ-4+ ( $R^2 = 0.27$ ;  $F(1,175) = 17.13$ ,  $p < 0.001$ ). The examination of regression coefficients showed that only SA and EA contributed significantly to the prediction of the PDQ-4+ score ( $\beta = 0.18$ ,  $p < 0.05$ ) and ( $\beta = 0.37$ ,  $p < 0.001$ ), respectively).

#### Association between PD and depression

The PDQ-4+ total score as well as each PD score were significantly higher in the MDD group compared to the controls. In Table 3, there are comparisons of PD of the two groups. A logistic analysis was conducted entering age, gender, marital status, professional status and prior history of severe somatic disease in a first block and the 12 PD symptoms as predictors in a second block. After adjustment

**Table 2** Estimated effects of childhood trauma and personality disorders on risk of current major depressive disorder in the sample of 181 individuals: logistic regressions

| Variables                                | Odds ratio | 95 % CI    | <i>p</i> |
|--|------------|------------|----------|
| <b>Childhood trauma<sup>a</sup></b>      |            |            |          |
| Emotional abuse                          | 3.69       | 1.45–9.40  | 0.006    |
| Physical abuse                           | 0.95       | 0.40–2.30  | 0.918    |
| Sexual abuse                             | 2.24       | 1.03–4.84  | 0.041    |
| Emotional neglect                        | 1.37       | 0.65–2.92  | 0.409    |
| Physical neglect                         | 1.35       | 0.60–3.04  | 0.473    |
| <b>Personality disorders<sup>b</sup></b> |            |            |          |
| Paranoid                                 | 3.29       | 1.12–9.63  | 0.030    |
| Schizoid                                 | 3.72       | 1.28–10.81 | 0.016    |
| Schizotypal                              | 1.05       | 0.33–3.31  | 0.930    |
| Antisocial                               | 1.02       | 0.00–0.09  | 0.999    |
| Borderline                               | 5.64       | 1.77–17.98 | 0.003    |
| Histrionic                               | 3.70       | 0.93–14.72 | 0.064    |
| Narcissistic                             | 1.00       | 0.34–2.94  | 0.993    |
| Dependant                                | 1.93       | 0.38–9.89  | 0.428    |
| Evitant                                  | 2.43       | 0.88–6.76  | 0.088    |
| Obsessive–compulsive                     | 0.44       | 0.14–1.35  | 0.152    |
| Depressive                               | 7.01       | 1.51–32.64 | 0.013    |
| Negativist                               | 2.98       | 0.92–9.66  | 0.068    |

For all analyses, age, sex, marital status, professional status and prior history of severe somatic pathology were adjusted

<sup>a</sup> Models for CT and MDD

<sup>b</sup> Models for PD and MDD

for sociodemographic variables and other factors (Table 2), results showed that borderline personality, depressive personality, paranoid personality and schizoid personality were significantly and independently associated with an increased risk of current MDD. Table 2 shows also the estimated effects of PDs on the current MDD.

#### Mediation of PD between CT and current MDD

The results of the mediation analysis based on 1,000 samples suggest that the PDQ-4+ score significantly mediated the relation between CT and current MDD as the indirect effect was significant [B(SE) = 0.061(0.015) (95 % CI 0.03–0.08)]. The total effect of CT on current MDD was significant ( $c = 0.073$ ,  $p < 0.0001$ ) and the direct effect was also significant ( $c' = 0.035$ ,  $p < 0.05$ ). Figure 1 shows the association between CT and current MDD through PD.

#### Discussion

To the best of our knowledge, this is the first study conducted in sub-Saharan African French-speaking countries

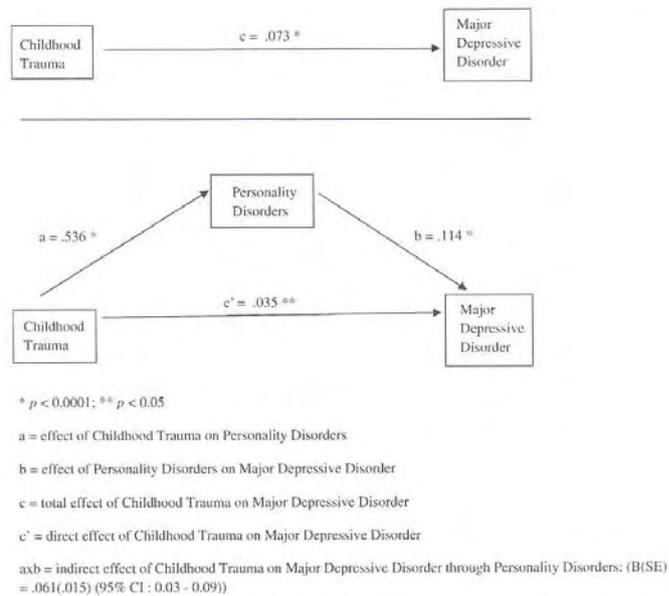
**Table 3** Comparison of number of personality disorders symptoms between patients and controls

| Number of Personality disorders symptoms | Patients with MDD (N = 91) |       | Healthy controls (N = 90) |       | <i>t</i> | <i>P</i> (<) |
|--|----------------------------|-------|---------------------------|-------|----------|--------------|
|  | Mean                       | SD    | Mean                      | SD    |          |              |
| PDQ-4+ score                             | 47.57                      | 12.24 | 29.46                     | 13.61 | 9.42     | 0.001        |
| Paranoid                                 | 4.52                       | 1.35  | 3.27                      | 1.51  | 5.89     | 0.001        |
| Schizoid                                 | 3.71                       | 1.52  | 2.53                      | 1.55  | 5.17     | 0.001        |
| Schizotypal                              | 4.33                       | 1.63  | 2.98                      | 1.79  | 5.31     | 0.001        |
| Antisocial                               | 1.87                       | 1.52  | 1.02                      | 1.16  | 4.20     | 0.001        |
| Borderline                               | 5.47                       | 1.90  | 2.76                      | 1.81  | 9.86     | 0.001        |
| Histrionic                               | 3.64                       | 1.50  | 2.47                      | 1.47  | 5.30     | 0.001        |
| Narcissistic                             | 5.02                       | 1.78  | 3.33                      | 1.99  | 6.03     | 0.001        |
| Dependant                                | 2.70                       | 1.96  | 1.44                      | 1.53  | 4.82     | 0.001        |
| Evitant                                  | 4.32                       | 1.79  | 2.33                      | 1.74  | 7.55     | 0.001        |
| Obsessive–compulsive                     | 4.37                       | 1.64  | 3.14                      | 1.53  | 5.20     | 0.001        |
| Depressive                               | 3.98                       | 1.85  | 2.06                      | 1.49  | 7.69     | 0.001        |
| Negativist                               | 3.78                       | 1.43  | 1.90                      | 1.28  | 9.32     | 0.001        |

that establishes a link between CT and PDs, and depression in adulthood. Our results suggest that emotional and SAs are associated with PDs that are also associated with current MDD. Furthermore, results from our cross-sectional mediation analyses support the partial mediation role of PDs symptoms in the association between child abuse and adulthood depression.

Individuals (with MDD and healthy controls) in our study reported high prevalence of CT. For instance, 61 % of the healthy control group reported at least one CT while Colman et al. [27] found that 27 % of individuals surveyed in a large study in Canada reported they had at least one childhood traumatic event, and the prevalence of EN was 32 % in healthy controls, contrasting with lower figures (approximately 18 %) reported in a meta-analysis [28] of EN.

Our results are at odds with the previous studies which did not find the mediating effect of PD between childhood adversities and depression in adulthood [20, 21]. Moskvina et al. [21] used the Eysenck Personality Questionnaire to examine personality in their study while Sato et al. [20] assessed their sample with the Munich Personality Test. They assessed personality as a dimension, without utilizing PD criteria as defined by the DSM. The effect of CT on individuals with underlying genetic vulnerability to depression may result in differences in a depressive phenotype, characterized by earlier age of onset of depression and the expression of specific depressive symptom dimensions [21]. A recent study examining shame-proneness as an outcome of child neglect and as a potential explanatory variable in the relation between neglect and

**Fig. 1** Mediating relation of PD between CT and current MDD

depressive symptoms showed that neglected children reported more shame-proneness and more depressive symptoms than comparison children. Guilt-proneness, in contrast, was unrelated to neglect and depressive symptoms [29]. The mediating role of PD in the relationship between CT and MDD could contribute to a better understanding of the pathways from childhood adversities and adulthood depression. Individuals with CT reported more PD symptoms which in turn may predispose them to depression in adulthood.

In Togo, patients treated for major depressive disorder reported more CT and increased PDs symptoms compared to controls. Our results suggest the existence of an association between CT and depression on one hand, and between CT and PDs in adulthood on the other hand. These results are in line with those of the recent works of Kessler et al. [30] who found that PA, neglect, family violence and parental divorce in childhood were risk factors for depression. In this multi-site study conducted in 21 countries, there were two English-speaking sub-Saharan Africa nations (Nigeria and South Africa) and our results extend their findings to Africa French-speaking countries.

The abuse and neglect reported by the subjects were more frequent in the MDD individuals than the controls, confirming results of Bernet and Stein [31] in the USA and of Tucci et al. [32] in Brazil. In addition, severe abuse was

reported more frequently in the depressed individuals than with the controls in our Togolese sample, which is also consistent with prior findings reported in the USA [31], in Nigeria [33] and in Germany [34].

Professional status was associated with current MDD in our study. In particular, students and the unemployed are more at risk for depression than those who are employed. These results are in line with those of Kovess-Masfety et al. [35] who found that the unemployed had a greater risk of depression in their 2005 study. The higher risk of Togolese students could be explained by the fact that most students of "University of Lomé" did not live with their parents. Students typically experienced financial difficulties, difficult study conditions, and were confronted by a new way of teaching, all of which may weaken them. In sum, they had precarious economic situations which could be a risk factor for depression according to the findings of Verger et al. [36].

We took into account age, gender, marital status, professional status and prior history of severe somatic disease in the examination of the association between CT and PD with MDD. Our adjustments were limited because we did not use factors such as socioeconomic status, family history, prematurity, etc. Previous findings have revealed that MDD was associated with low socioeconomic status or precarious economic situations [36], with indices of poverty, broken family, and a lack of formal education [37],

and with high social deprivation and poor housing conditions [38]. In future research, it would be beneficial to adjust for all of these confounding variables to better investigate the relationship between CT and MDD.

In our sample, severe abuse was associated with increased PD symptoms. This result was closer to those found in the recent studies. In a study [39], individuals with high childhood maltreatment ( $n = 54$ ) endorsed more PD symptoms than those with low childhood maltreatment ( $n = 124$ ). The differences were significant for all PD subscales excluding the histrionic, narcissistic, and dependent. In another study [13], participants who reported physical or SA ( $n = 38$ ) and those with EA or EN ( $n = 32$ ) presented more PDs symptoms than the controls ( $n = 35$ ).

In our sample, all CT types were associated with personality disturbances as measured by the PDQ4+ total score. However, results from multi-variate analyses revealed that only emotional and SA were independent statistical predictors, suggesting that they might be more predictive of PDs than PA, or emotional and PNs. Furthermore, all of the CT subscales except PA were associated with probable PDs. These results were partly in line with a study of Briere and Elliot [40] in the USA on a national sample in which they examined the prevalence and psychological sequelae of childhood sexual and PA in adults, finding that SA predicted more symptom variance than did PA. In our study, PA was not related to the existence of probable PDs and the onset of the current MDD. This might, however, be explained by the fact that physical punishment is often accepted within Togo culture. Physical abuse would then have less effect on the onset of the MDD and PD, in comparison to emotional and SA. This was an explicative hypothesis and might be confirmed with future research.

In our study, borderline, depressive, paranoid and schizoid PDs were significantly and independently associated with an increased risk of current MDD. These results confirmed the previous findings in which personality and PDs, mainly borderline and avoidant PDs, predicted development and relapses of major depression [41].

The present results highlight the relationship between childhood abuse and current MDD through PD symptoms in a Togolese sample suggesting that when working with depressive patients, clinicians should be aware of the likely co-occurrence of the child maltreatment and the personality disturbance. Furthermore, the possible mediating effect of PD symptoms in the relationship between childhood abuse and current MDD could help us to better understand the pathways from childhood adverse events to adulthood psychopathology. However, other pathways such as adulthood traumatic events [42, 43] or stress resilience factors [44] not measured in our study may also account for this relationship.

Our study consists of a cross-sectional design, so we are not sure whether MDD succeeds PD or the contrary. This is one limitation of this study. The mediating effect of PD between CT and MDD is a hypothesis which may be more thoroughly explored in future prospective and longitudinal research. Our research was limited by limitations inherent to case-control studies including selection and confounding bias. A prospective cohort study would allow us to clarify the relationship between CT, PD and MDD.

The sample of healthy controls was composed of paramedical staff and students. This may involve potential selection bias and information bias. Indeed, their experience and education level would permit them to be more sensitized to CT and its consequences. We may expect that paramedical staff belong to middle or high socioeconomic status in Togo. This can protect them against life's difficulties which are known risk factors for depression. Future longitudinal studies on a sample more representative of the general population with adjustment of many confounding factors would be appropriate to investigate the relationship between CT, PD and MDD. The fact that a diagnosis of Major Depression Disorder was not given using a structured interview instrument in our study is also a possible bias. It should also be acknowledged that our study was limited by the cross-sectional design and the retrospective assessment of childhood adverse events and possible recall bias. Moreover, our study sample may not be representative of the Togolese population, because we excluded individuals who did not speak and read French.

Despite these limits, our study addressed a gap in the literature on CT and psychopathology in French-speaking sub-Saharan Africa.

## Conclusions

These findings confirmed the conclusions of previous studies that refer to CT as a risk factor of depression and PDs in adulthood. EA and SAs are related to the current depression in Togo. PDs mediated partially the link between CT and MDD. The relationship between CT, PDs and MDD in adulthood is a reality in French-speaking sub-Saharan Africa and especially in Togo. Clinically, the evaluation of CT and PDs with depressed patients proves to be important and would allow this population to have an optimal treatment.

Future prospective studies should broaden the range of CTs explored in our study and further examine the mediating role of PDs in the association between CT and MDD in adulthood.

**Acknowledgments** K. B. Kounou has received a Ph.D. Grant from "Agence Universitaire de la Francophonie" within the Framework of

this research. E. Bui was supported by a fellowship from the CHU de Toulouse. We thank Emefa Kwadzo for her translation assistance.

## References

- Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR (2007) The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord* 21:442–447
- Pirkola S, Isometsä E, Aro H, Kestilä L, Hämmäläinen J, Veijola J, Kiviruusu O, Lönnqvist J (2005) Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders: results from the Health 2000 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:769–777. doi: 10.1007/s00127-005-0950-x
- Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S (2007) Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 7:30. doi:10.1186/1471-2458-7-30
- Slopen N, Williams DR, Seedat S, Moomal H, Herman A, Stein DJ (2010) Adversities in childhood and adult psychopathology in the South Africa Stress and Health Study: associations with first-onset DSM-IV disorders. *SocSci Med* 71:1847–1854. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.08.015
- Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF (2002) Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Services* 53:1001–1009
- Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF (2004) Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 82:217–225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M (2007) Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 24:256–263. doi:10.1002/da.20238
- Molnar BE, Buka SL, Kessler RC (2001) Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 91:753–760
- Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx WJH, Zitman FG (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety, and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 122:66–74. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x
- Widom CS, DuMont K, Czaja SJ (2007) A prospective investigation of major depression disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64:49–56
- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zaranini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Griolo CM, McGlashan TH, Morey LC (2004) Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Pers Disord* 18:193–211
- Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ (2003) Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnosis. *CNS Spectr* 8:737–754
- Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL (2009) Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* 165:281–287. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.017
- Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME (2007) The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study. *J Pers Disord* 21:371–383
- Ilardi S, Craighead W, Evans D (1997) Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 65:381–391. doi: 10.1037/0022-006X.65.3.381
- Benjet C (2010) Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence, characteristics, and mental health consequences. *Curr Opin Psychiatry* 23:356–362. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833ad79b
- Lalor K (2004) Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse Negl* 28:439–460. doi:10.1016/j.chiabu.2003.07.005
- Dassa SK, Douti NK, Kpanaké L, Koti B, Küchenhoff B (2005) Typology of child maltreatment in Togo. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 156:240–246
- Kabiru CW, Beguy D, Crichton J, Ezech AC (2010) Self-reported drunkenness among adolescents in four sub-Saharan African countries: associations with adverse childhood experiences. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 4:17
- Sato T, Uehara T, Narita T, Sakado K, Fujii Y (2000) Parental bonding and personality in relation to a lifetime history of depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 54:121–130
- Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O’Leary J, Gunasinghe C, Owen M, Craddock N, McGuffin N, Korszun A (2007) Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depression phenotype. *Depress Anxiety* 24:163–168. doi:10.1002/da.20216
- Bernstein DP, Fink L (1998) Manual of childhood trauma questionnaire. The Psychological Cooperation, New York
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 27:169–190
- Hyer SE (1994) Personality diagnostic questionnaire (PDQ-4 plus). New York State Psychiatric Institute, New York
- Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, Novella L, Ansoldi M (1998) Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4 plus (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Pers Disord* 12:172–178
- Preacher KJ, Hayes AF (2008) Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods* 40:879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Colman I, Garad Y, Zeng Y, Naicker K, Weeks M, Patten SB, Jones PB, Thompson AH, Wild TC (2012) Stress and development of depression and heavy drinking in adulthood: moderating effects of childhood trauma. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:10.1007/s00127-012-0531-8
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (2012) The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi: 10.1007/s00127-012-0549-y
- Bennett DS, Sullivan MW, Lewis M (2010) Neglected children, shame-proneness, and depressive symptoms. *Child Maltreat* 15:305–314. doi:10.1177/1077559510379634
- Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 197:378–385. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
- Bernet CZ, Stein MB (1999) Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 9:169–174
- Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Souza-Formigoni MLO (2010) Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among Brazilian clinical sample. *Child Abuse Negl* 34:95–104. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.001

33. Oladeji BD, Makanjuola VA, Gureje O (2010) Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria. *Br J Psychiatry* 196:186–191. doi:10.1192/bjp.bp.109.063677
34. Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, Driessen M, Meyer B (2011) Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse Negl* 35:647–654. doi:10.1016/j.chiabu.2011.04.003
35. Kovess-Masfety V, Briffault X, Sapinho D (2009) Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005. *Can J Psychiatry* 54:701–709
36. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V (2010) Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45:189–199. doi:10.1007/s00127-009-0055-z
37. Kinyanda E, Woodburn P, Tugumisirize J, Kagugube J, Ndyabangi S, Patel V (2011) Poverty, life events and the risk for depression in Uganda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46:35–44. doi:10.1007/s00127-009-0164-8
38. Abdul Kadir NB, Bifulco A (2011) Vulnerability, life events and depression among Moslem Malaysian women: comparing those married and those divorced or separated. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46:853–862. doi:10.1007/s00127-010-0249-4
39. Carr S, Francis A (2009) Childhood maltreatment and adult personality disorders symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist* 44:146–155. doi:10.1080/00050060903136847
40. Briere J, Elliot DM (2003) Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 27:1205–1222. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.008
41. Alnaes R, Torgersen S (1997) Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 95:336–342
42. Korkeila J, Vahtera J, Nabi H, Kimimäki M, Korkeila K, Sumanen M, Koskenvuo K, Koskenvuo M (2010) Childhood adversities, adulthood life events and depression. *J Affect Disord* 127:130–138. doi:10.1016/j.jad.2010.04.031
43. Korkeila K, Korkeila J, Vahtera J, Kivimäki M, Kiveliä S-L, Sillanmäki L, Koskenvuo M (2005) Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness: a population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:700–706. doi:10.1007/s00127-005-0969-x
44. Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ (2010) Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *J Affect Disord* 126:411–414. doi:10.1016/j.jad.2010.04.009

# INDEX DES AUTEURS

## A

Aaron ..... 79, 187  
Ackerman..... 72, 187, 206  
Adinkrah ..... 25, 187  
Afifi..... 90, 187  
Allen..... 91, 108, 172, 187  
Ames ..... 133, 188  
Anda..... 35, 36, 106, 165, 170, 188, 193

## B

Bandelow ..... 89, 107, 174, 189  
Battle..... 90, 107, 189, 222  
Baubet ..... 46, 47, 189  
Beck ..... 42, 49, 122, 190, 193  
Benjet ..... 14, 75, 109, 190  
Bennett ..... 77, 190, 219  
Bernet..... 35, 36, 83, 106, 165, 170, 171, 182, 190  
Bernstein .. 34, 35, 36, 37, 38, 85, 87, 128, 129, 190,  
191, 204, 206, 219  
Bierer ..... 90, 91, 107, 172, 191  
Birmes ..... 13, 17, 79, 187, 191, 192, 247, 248  
Bouvard..... 66, 132, 133, 167, 192  
Brunet..... 40, 41, 187, 191, 192  
Bui..... 79, 191, 192, 206, 207, 247, 248

## C

Carr ..... 87, 107, 118, 129, 172, 173, 174, 177, 193  
Chapman ..... 35, 36, 83, 106, 170, 171, 188, 193  
Chidiac ..... 19, 20, 44, 46, 194  
Cicchetti 92, 104, 105, 108, 194, 208, 209, 214, 220  
Clément ..... 48, 79, 94, 194, 211, 212  
Cloninger..... 49, 112, 194, 211  
Collings ..... 37, 194, 195  
Collin-Vézina..... 33, 195  
Connor ..... 47, 109, 115, 165, 184, 195  
Cottraux..... 49, 68, 195  
Crocq..... 19, 20, 44, 46, 194, 195  
Cyr ..... 33, 195  
Cyrulnik ..... 101, 195

## D

Dassa.. 14, 34, 35, 76, 112, 163, 171, 196, 206, 247,  
248  
Devereux..... 45, 196  
Djassoa..... 47, 196, 206, 225, 247, 248  
Duchet..... 101, 196  
Ducrocq..... 39, 40, 221  
DuMont..... 13, 37, 83, 105, 106, 196, 222  
Dunn ..... 94, 196

## E

Ehlers ..... 43, 197  
Elliot ..... 35, 37, 81, 192  
Eysenck..... 49, 67, 68, 197, 207, 217

## F

Farmer..... 96, 197, 211  
Finkelhor..... 35, 36, 164, 198, 218  
Flory..... 41, 198  
Foa ..... 42, 43, 78, 198, 210  
Fossati ..... 132, 199  
Francis..... 87, 107, 118, 129, 172, 174, 177, 193  
Freud ..... 44, 199

## G

Gibb ..... 13, 83, 106, 171, 200  
Goldberg ..... 49, 69, 71, 91, 134, 169, 183, 200, 216  
Grover ..... 88, 107, 172, 173, 174, 177, 201

## H

Haesevoets ..... 9, 33, 73, 102, 103, 201  
Herman ..... 31, 44, 91, 202, 217  
Hovens ..... 38, 80, 107, 171, 203  
Hyler ..... 132, 203

## I

Iacoviello ..... 93, 184, 203

## J

Jehel ..... 93, 189, 196, 200, 221  
Jewkes..... 75, 182, 203

Johnson .. 14, 33, 87, 89, 90, 95, 107, 108, 172, 173,  
174, 176, 189, 203, 204, 211, 222, 223

Josse ..... 13, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 98, 100, 204

## **K**

Kabiru ..... 14, 76, 204

Kercher..... 96, 205

Kessler ..... 13, 37, 80, 107, 171, 192, 205, 211

Kinyanda..... 86, 205

Kong.....34, 35, 36, 37, 38, 85, 206

Korkeila..... 85, 206

## **L**

Lalor.....14, 37, 109, 207, 210

Lazarus.....10, 18, 19, 207

Lebigot.....44, 45, 47, 192, 207

Lin..... 36, 74, 208

Lochner ..... 81, 111, 165, 208

Lysaker..... 92, 108, 172, 208

## **M**

MacMillan..... 36, 187, 208

Madu ..... 37, 209

McFarlane ..... 46, 91, 92, 108, 172, 196, 210, 221

Molnar..... 13, 211

Moro..... 47, 189

Moskvina..... 38, 97, 211

## **N**

Njenga.....25, 76, 211, 216

Nbukpo.....48, 79, 94, 112, 194, 211, 212

## **O**

Oladeji.....81, 107, 165, 170, 171, 212

## **P**

Paquette. 34, 35, 36, 37, 38, 107, 128, 163, 164, 212

Pawlby ..... 77, 213

Pérez Benítez ..... 109, 110, 213

Preacher..... 135, 155, 158, 213

## **R**

Reza .....37, 74, 164, 214

Rogosch.....92, 104, 105, 108, 194, 209, 214

Rossier ..... 70, 167, 168, 214

Roy.....84, 92, 108, 172, 215, 216

## **S**

Sansone .....35, 38, 89, 107, 174, 215

Sarchiapone.....82, 84, 107, 216

Sato ..... 97, 216

Saucier .....49, 71, 216

Schmitt... 17, 70, 169, 170, 191, 206, 207, 216, 225,  
247, 248

Schmitt D. P..... 216

Schmitt L. .... 1, 4, 191, 206, 207, 247, 248

Seedat. 34, 37, 75, 76, 166, 193, 198, 208, 216, 217,  
219

Selye .....17, 18, 217

Semiz .....88, 107, 108, 217

Shen ..... 82, 217

Shevlin ..... 82, 217

Skodol.....14, 94, 214, 217

Sloven .....34, 80, 107, 177, 217

Solomon.....31, 32, 33, 218

Steel ..... 88, 107, 108, 173, 176, 177, 218

Sudres .....28, 46, 57, 219

Suliman ..... 75, 219

## **T**

Teicher .....84, 107, 219

Terr ..... 21, 30, 31, 78, 79, 91, 106, 219

Thuo..... 166, 220

Tucci .... 35, 36, 37, 38, 83, 107, 164, 165, 170, 177,  
182, 184, 220

Tyrka.... 87, 107, 108, 129, 172, 173, 174, 176, 177,  
184, 201, 220

## **V**

Vaiva.....39, 40, 221

van der Kolk..... 72, 221

van Reedt Dortland ..... 82, 221

Vila .....77, 78, 211, 221

## **W**

Widom ... 13, 37, 79, 83, 89, 90, 104, 105, 106, 107,  
108, 170, 174, 184, 196, 203, 208, 210, 221, 222

Wingenfeld.....83, 106, 171, 177, 222

Wingo ..... 103, 222

## **Y**

Yang..... 168, 222

Yen..... 35, 88, 89, 90, 107, 172, 193, 213, 214, 222

Yeomans ..... 25, 222

## **Z**

Zanarini..... 83, 90, 107, 189, 214, 222, 223

Zhang ..... 89, 107, 108, 172, 173, 176, 184, 223

Zlotnick.....80, 189, 222, 223





# INDEX THEMATIQUE

## A

Abus 40, 41, 130, 131, 141, 142, 152, 155, 156, 157, 164, 165, 168, 171, 173, 174

Abus émotionnel .. 16, 27, 38, 39, 40, 47, 81, 89, 91, 92, 93, 97, 98, 99, 100, 102, 117, 118, 119, 122, 128, 130, 140, 141, 143, 152, 155, 156, 157, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 187, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202

Abus physique 13, 16, 17, 27, 28, 30, 39, 40, 41, 47, 83, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 117, 118, 119, 121, 128, 130, 140, 141, 143, 152, 155, 157, 163, 165, 167, 168, 170, 172, 173, 174, 184, 186, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 209

Abus sexuel .... 16, 27, 28, 34, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 47, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 114, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 127, 128, 131, 140, 141, 142, 143, 152, 155, 157, 163, 165, 167, 168, 169, 174, 185, 187, 195, 196, 198, 199

Adaptation ..... 21, 215

Adolescence 7, 16, 24, 25, 27, 46, 60, 79, 80, 83, 84, 85, 87, 92, 108, 115, 116, 211, 213, 216, 219, 221, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 231, 234, 235, 237, 240, 241, 242, 244, 245, 254, 256

Adversité .. 16, 17, 87, 88, 91, 93, 94, 100, 102, 107, 110, 111, 119, 123

Afrique Subsaharienne 13, 14, 17, 29, 30, 39, 41, 42, 44, 53, 54, 77, 78, 82, 83, 84, 88, 89, 119, 122, 123, 125, 132, 143, 147, 184, 185, 186, 188, 191, 192, 199, 204, 205, 208, 219, 224, 230, 235, 275

Agréabilité ..... 76, 78, 101, 119, 127, 131, 146, 161, 163, 164, 176, 190, 194, 200, 271

Association. 7, 8, 9, 11, 13, 79, 86, 91, 95, 102, 106, 129, 167, 168, 169, 193, 194, 195, 198, 211, 212, 213, 216, 219, 220, 226, 227, 228, 232, 241, 246, 249, 251, 252, 274

## C

Caractère .. 55, 58, 77, 78, 79, 80, 97, 123, 185, 235, 240

Catastrophe ..... 16, 33, 34, 35, 39, 49, 51, 70, 243

Cluster A ..... 131, 154, 160, 164, 169, 171

Cluster B ..... 63, 131, 154, 160, 164, 172, 273

Cluster C ..... 131, 154, 160, 164

Comparaison 8, 9, 11, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 186, 187, 190, 196, 235

Conscience 25, 50, 73, 76, 77, 78, 86, 101, 102, 105, 114, 119, 129, 131, 146, 161, 164, 190, 194, 261, 271

## D

Dépression ... 7, 8, 14, 17, 18, 26, 27, 30, 35, 40, 41, 43, 48, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 102, 103, 104, 105, 106, 114, 116, 117, 121, 125, 126, 127, 133, 134, 170, 185, 191, 195, 199, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 216, 219, 230, 235, 236, 253, 265, 273, 274

Dimensions .... 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 48, 55, 56, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 86, 90, 95, 97, 100, 101, 102, 105, 106, 118, 119, 125, 126, 127, 129, 130, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 158, 160, 161, 162, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 184, 190, 191, 193, 194, 200, 201, 202, 205, 206, 209, 210, 217, 220, 238, 257, 271, 272

Dimensions de la personnalité 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 55, 72, 73, 75, 76, 77, 95, 97, 100, 101, 105, 106, 118, 119, 125, 126, 127, 130, 131, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 158, 160, 161, 162, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 184, 190, 193, 200, 201, 202, 205, 209

DSM... 30, 31, 37, 52, 58, 59, 60, 63, 64, 68, 70, 86, 88, 95, 100, 134, 135, 136, 144, 145, 199, 205, 229, 234, 240, 241

## E

Enfance .... 17, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 39, 42, 43, 46, 51, 52, 53, 54, 63, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 101, 107, 108, 109, 113, 114, 115, 116, 122, 192, 199, 213, 214, 218, 219, 224, 233, 242, 254, 256, 262

Epidémiologie ..... 7, 39

Etat de stress post-traumatique .... 30, 31, 37, 45, 47, 48, 49, 52, 80, 83, 90, 240

Evaluation ..... 212, 220, 244, 245

Événement.. 7, 16, 17, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 36, 39, 53, 56, 59, 61, 82, 84, 87, 88, 93, 94, 98, 106, 109, 110, 115, 116, 119, 120, 121, 123, 187, 208, 215, 217, 230, 231, 240

Événement traumatisant..... 53, 107, 108

Exposition .. 32, 46, 82, 83, 88, 92, 94, 97, 101, 107, 108, 116, 120, 121, 127, 215

Extraversion . 58, 75, 76, 78, 79, 101, 105, 106, 114, 119, 127, 129, 131, 146, 147, 161, 163, 164, 194, 221, 271

## **H**

Hyperactivité.....35, 45, 46, 80

## **M**

Maltraitance ... 27, 38, 39, 43, 46, 80, 83, 84, 88, 90, 108, 114, 115, 140, 219, 236

Médiation5, 9, 13, 94, 148, 175, 178, 181, 200, 201, 202, 209

Modèle 12, 21, 23, 29, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 54, 56, 58, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 106, 118, 148, 175, 178, 181, 195, 197, 203, 240

Modèle cognitivo-comportementaliste..... 44

Modèle culturel ..... 51

Modèle neurobiologique ..... 44

Modèle neurocognitif..... 46

Modèle psychodynamique ..... 44, 49

Modéré .....45, 141, 142, 143, 199

## **N**

Narcissisme .....8, 145, 158, 159, 188, 271

Négligence ... 43, 131, 142, 152, 156, 157, 158, 165, 166, 169, 171, 174

Négligence émotionnelle.. 28, 39, 43, 44, 47, 83, 89, 92, 93, 95, 98, 99, 100, 102, 114, 117, 119, 128, 131, 140, 141, 142, 143, 152, 156, 157, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 174, 185, 187, 194

Négligence physique .. 13, 28, 40, 43, 44, 47, 93, 98, 99, 102, 117, 119, 122, 128, 131, 140, 141, 142, 143, 144, 152, 156, 158, 166, 167, 168, 169, 171, 173, 174, 185, 187, 192, 194, 197, 198, 208

Névrosisme ..... 75, 77, 78, 100, 101, 102, 105, 106, 114, 115, 118, 119, 127, 129, 178, 181, 190, 193, 194, 201

## **O**

Ouverture58, 69, 76, 77, 78, 91, 100, 101, 102, 119, 131, 146, 147, 162, 163, 164, 191, 194, 271

## **P**

Personnalité 7, 13, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 75, 76, 144, 145, 231, 240, 243, 248, 258, 263

Personnalité antisociale.... 64, 97, 98, 114, 115, 117, 118, 168, 172, 194, 195, 197, 198, 209

Personnalité borderline 87, 90, 97, 98, 99, 103, 104, 117, 118, 122, 153, 167, 172, 194, 196, 198, 263

Personnalité dépendante..... 68, 263

Personnalité dépressive.....71, 118, 198, 199, 263

Personnalité évitante . 68, 98, 99, 103, 104, 118, 263

Personnalité histrionique.....66, 118, 168, 172, 196, 197, 263

Personnalité narcissique. 66, 99, 145, 146, 167, 170, 171, 172, 188, 194, 197, 209, 263

Personnalité négativiste .....118, 168, 169, 172, 195, 197, 198, 263

Personnalité obsessionnelle-compulsive..11, 69, 99, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 195, 197, 198, 209

Personnalité paranoïaque .....61, 167, 197, 263

Personnalité schizoïde.....61, 118, 145, 263

Personnalité schizotypique.....62, 63, 99, 118, 167, 172, 194, 198, 243, 263

Population clinique .... 135, 138, 152, 154, 155, 157, 158, 161, 168

Population témoin ..... 135

Prédiction.....9, 11, 170, 171, 172, 173

Prévalence.. 9, 11, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 80, 87, 89, 92, 100, 104, 121, 133, 157, 184, 185, 186, 191, 194, 208, 236

Psychopathologie .....119, 219, 230

## **R**

Relation..... 9, 12, 177, 180, 182, 192, 228

Résilience. 8, 11, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 125, 213, 220, 232

## **S**

Santé mentale... 7, 30, 79, 80, 82, 83, 85, 87, 90, 94, 98, 107, 110, 114, 119, 218, 236

Situation .....113, 138, 253

Stabilité émotionnelle 13, 76, 77, 78, 118, 129, 131, 146, 147, 161, 162, 163, 164, 176, 178, 181, 190, 193, 194, 200, 201, 202, 271

Stress.... 7, 12, 20, 21, 23, 24, 30, 33, 38, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 66, 82, 86, 87, 88, 93, 102, 106, 111, 112, 197, 198, 199, 202, 210, 211, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 235, 236, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 246

Symptômes.....8, 131, 152, 154, 159

**T**

- Témoins 9, 11, 12, 13, 53, 92, 95, 96, 121, 123, 126, 128, 129, 138, 147, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 169, 170, 173, 174, 181, 182, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 209, 248, 252
- Tempérament .....54, 55, 113, 123, 235, 240
- Transculturel ..... 53, 54
- Traumatisme 7, 8, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 60, 80, 83, 86, 87, 93, 95, 96, 99, 100, 109, 115, 120, 121, 140, 141, 152, 200, 213, 215, 218, 225, 227, 274
- Traumatisme complexe ..... 36, 37
- Traumatisme de type I ..... 35, 36
- Traumatisme de type II ..... 35, 36
- Traumatisme de type III..... 36
- Traumatisme direct ..... 36, 37
- Traumatisme secondaire ..... 37
- Traumatisme simple..... 36
- Troubles de la personnalité 7, 8, 60, 63, 67, 70, 102, 144, 160, 171, 172, 173, 274
- Typologie.....17, 58, 122, 219

**V**

- Vulnérabilité .... 21, 38, 45, 102, 104, 106, 108, 109, 208