



**HAL**  
open science

# Influence de l'état thymique et suicidaire sur la stabilité des réponses au Childhood Trauma Questionnaire

Sylvie Charpentier

► **To cite this version:**

Sylvie Charpentier. Influence de l'état thymique et suicidaire sur la stabilité des réponses au Childhood Trauma Questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03150205

**HAL Id: dumas-03150205**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03150205>**

Submitted on 23 Feb 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Sylvie CHARPENTIER**

le 06 novembre 2020

**TITRE :**

Influence de l'état thymique et suicidaire sur la stabilité des réponses  
au Childhood Trauma Questionnaire

Directrice de thèse : Dr Emilie OLIE

**JURY**

Président : Pr Philippe COURTET

Assesseurs : Dr Emilie OLIE, Pr Sébastien GUILLAUME, Dr Matthieu FRAIGNEAU

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Sylvie CHARPENTIER**

le 06 novembre 2020

**TITRE :**

Influence de l'état thymique et suicidaire sur la stabilité des réponses  
au Childhood Trauma Questionnaire

Directrice de thèse : Dr Emilie OLIE

**JURY**

Président : Pr Philippe COURTET

Assesseurs : Dr Emilie OLIE, Pr Sébastien GUILLAUME, Dr Matthieu FRAIGNEAU

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---



---

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORiot Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÈRE Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

### **Professeurs Emérites**

<b>ARTUS Jean-Claude</b>	<b>MARES Pierre</b>
<b>BLANC François</b>	<b>MAUDELONDE Thierry</b>
<b>BOULENGER Jean-Philippe</b>	<b>MAURY Michèle</b>
<b>BOURREL Gérard</b>	<b>MILLAT Bertrand</b>
<b>BRINGER Jacques</b>	<b>MONNIER Louis</b>
<b>CLAUSTRES Mireille</b>	<b>MOURAD Georges</b>
<b>DAURES Jean-Pierre</b>	<b>PREFAUT Christian</b>
<b>DAUZAT Michel</b>	<b>PUJOL Rémy</b>
<b>DAVY Jean-Marc</b>	<b>RIBSTEIN Jean</b>
<b>DEDET Jean-Pierre</b>	<b>SCHVED Jean-François</b>
<b>ELEDJAM Jean-Jacques</b>	<b>SULTAN Charles</b>
<b>GROLLEAU RAOUX Robe</b>	<b>TOUCHON Jacques</b>
<b>GUERRIER Bernard</b>	<b>UZIEL Alain</b>
<b>GUILLOT Bernard</b>	<b>VOISIN Michel</b>
<b>LANDAIS Paul</b>	<b>ZANCA Michel</b>

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

**KOUYOUMDJIAN Pascal**

Chirurgie orthopédique et traumatologique

**LACHAUD Laurence**

Parasitologie et mycologie

**LALLEMANT Benjamin**

Oto-rhino-laryngologie

**LE QUINTREC DONNETTE Moglie**

Néphrologie

**LETOUZEY Vincent**

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

**LONJON Nicolas**

Neurochirurgie

**LOPEZ CASTROMAN Jorge**

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

**LUKAS Cédric**

Rhumatologie

**MAURY Philippe**

Chirurgie orthopédique et traumatologique

**MILLET Ingrid**

Radiologie et imagerie médicale

**MORANNE Olivier**

Néphrologie

**MURA Thibault**

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

**NAGOT Nicolas**

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

**PANARO Fabrizio**

Chirurgie viscérale et digestive

**PARIS Françoise**

Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

**PASQUIE Jean-Luc**

Cardiologie

**PELLESTOR Franck**

Histologie, embryologie et cytogénétique

**PEREZ MARTIN Antonia**

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

**POUDEROUX Philippe**

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**RIGAU Valérie**

Anatomie et cytologie pathologiques

**RIVIER François**

Pédiatrie

**ROGER Pascal**

Anatomie et cytologie pathologiques

**ROSSI Jean François**

Hématologie ; transfusion

**ROUBILLE François**

Cardiologie

**SEBBANE Mustapha**

Médecine d'urgence

**SIRVENT Nicolas**

Pédiatrie

**SOLASSOL Jérôme**

Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre

Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane

Nutrition

THOUVENOT Éric

Neurologie

THURET Rodolphe

Urologie

VENAIL Frédéric

Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max

Ophthalmologie

VINCENT Denis

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,  
médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry

Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

##### **1<sup>re</sup> classe :**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

##### **2<sup>ème</sup> classe :**

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

##### **1<sup>re</sup> classe :**

LAMBERT Philippe

##### **2<sup>ème</sup> classe :**

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric

Pédiatrie

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;  
addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

<b>BARATEAU Lucie</b>	<b>Physiologie</b>
<b>BASTIDE Sophie</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
<b>DAIEN Claire</b>	<b>Rhumatologie</b>
<b>GATINOIS Vincent</b>	<b>Histologie, embryologie et cytogénétique</b>
<b>GOULABCHAND Radjiv</b>	<b>Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie</b>
<b>LATTUCA Benoit</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>MIOT Stéphanie</b>	<b>Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie</b>
<b>PINETON DE CHAMBRUN Guillaume</b>	<b>Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie</b>
<b>SOUCHE François-Régis</b>	<b>Chirurgie viscérale et digestive</b>

## Remerciements :

Je remercie Madame le Docteur Emilie OLIE, de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse, merci de m'avoir aidée dans mon travail de rédaction et d'avoir été si impliquée. Et merci de m'avoir rassurée lorsque j'en avais grandement besoin. Merci pour ton enseignement lorsque j'étais à l'UPUP.

Merci à Monsieur le Docteur Matthieu FRAIGNEAU, de m'avoir fait confiance, d'avoir accepté si spontanément de codiriger ma thèse, de m'avoir aidée dans mon travail de rédaction.

Merci à Monsieur le Professeur Philippe COURTET, de me faire l'honneur d'être dans mon jury de thèse et d'en être le président. Merci pour votre enseignement lorsque j'étais à l'UPUP.

Merci à Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME, de me faire l'honneur d'être dans mon jury de thèse, pour votre enseignement et votre soutien lorsque nous nous sommes croisés à Euzière.

Merci à Madame le Docteur Marie Christine PICOT et à Madame Sandrine AKOUETE MABLE, pour votre grande aide dans les analyses statistiques de ma thèse.

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie et aidée à grandir en tant qu'interne.

Merci à mes parents, sans qui rien n'aurait été possible :

Merci maman, de m'avoir soutenue, rassurée, tout au long de ces années de médecine, depuis le premier trajet Pau/Bordeaux jusqu'à aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été présente dans les moments difficiles, merci pour tout ton amour. Pour toutes tes confitures et tupperwares du dimanche.

Merci papa, pour ton soutien, tes encouragements, et tous les contrôles de ma voiture qui sont je le sais une grande preuve d'amour.

Merci à Benoit, pour ton amour, ton soutien tout au long de cet internat, ton calme apaisant, tes lasagnes et tiramisus.

Merci à Sarah, pour ton amitié et tout ton soutien depuis notre rencontre à l'UPUP, dans les hauts et les bas de cet internat. Merci à Jérémie, pour toutes les soirées passées à nous écouter parler (râler?). Merci à Kaïri pour ton accueil toujours avec le sourire.

Merci à Florence, pour être la cousine que tu es, pour tout le soutien que tu m'as apporté, toutes les heures passées au téléphone, et pour les différents objets lamas.

Merci à Mathilde, pour ton amitié, ton soutien et toutes tes corrections de ma thèse.

Merci à Marie Lys, pour ton amitié, ton soutien depuis 15 années riches en émotions.

Merci à Clotilde, pour ton amitié et ton soutien depuis notre rencontre au milieu des pieds diabétiques.

Merci à Fanny, Cécile et Camille, pour tous les moments passés ensemble à Bordeaux, votre présence rassurante en stage, et les meilleurs moments. Merci à Fanny et Cécile pour les pauses café noisette à la BU. Camille désolée d'avoir gâché ton anniversaire avec ma myocardite. Le gâteau avait l'air bon.

# Sommaire :

<b>INTRODUCTION GENERALE :</b> .....	<b>17</b>
<b>RESUME :</b> .....	<b>23</b>
<b>1. INTRODUCTION :</b> .....	<b>24</b>
<b>2. METHODOLOGIE :</b> .....	<b>25</b>
2.1 POPULATION D'ETUDE : .....	25
2.2 ÉVALUATIONS : .....	26
2.3 ANALYSE : .....	26
<b>3. RESULTATS :</b> .....	<b>28</b>
3.1 DESCRIPTION (TABLEAU 1) : .....	28
3.2 ÉVALUATION REPETEE DE LA MALTRAITANCE : .....	28
3.3 INFLUENCE DE L'ÉTAT THYMIQUE ET DES IDEES SUICIDAIRES SUR L'ÉVALUATION DES MALTRAITANCES : .....	29
<b>4. DISCUSSION :</b> .....	<b>29</b>
<b>5. CONCLUSION :</b> .....	<b>31</b>
<b>FIGURES ET TABLEAUX :</b> .....	<b>32</b>
FIGURE 1 : FLOW CHART .....	32
TABLEAU 1 : DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE .....	33
TABLEAU 2 : SCORES MOYENS ET VARIATIONS ENTRE LES DEUX EVALUATIONS AUX ECHELLES DE DEPRESSION ET AU CTQ .....	34
TABLEAU 3 : CORRELATIONS ENTRE VARIATION DES SCORES AU CTQ ET VARIATION DES SCORES A LA MADRS ET A LA BDI : COEFFICIENTS DE CORRELATION DE SPEARMAN .....	34
TABLEAU 4 : STABILITE DU SCORE TOTAL ET DES SOUS ECHELLES DU CTQ DANS L'ÉCHANTILLON TOTAL ET LES SOUS-GROUPES : COEFFICIENTS DE CORRELATION INTRA-CLASSE .....	35
<b>BIBLIOGRAPHIE :</b> .....	<b>36</b>
<b>ANNEXES :</b> .....	<b>45</b>
ANNEXE 1 : STABILITE DU SCORE TOTAL ET DES SOUS ECHELLES DU CTQ DANS L'ÉCHANTILLON TOTAL : COEFFICIENTS DE CORRELATION INTRA-CLASSE .....	45
ANNEXE 2 : STABILITE DES SOUS ECHELLES DU CTQ CATEGORISEES EN FONCTION DE LEUR SEVERITE, DANS L'ÉCHANTILLON TOTAL : KAPPAS PONDERES .....	45
ANNEXE 3 : GRAPHE DE BLAND ET ALTMAN, VARIATION DU SCORE D'ABUS PHYSIQUE PAR RAPPORT A LA VALEUR INITIALE .....	45
ANNEXE 4 : GRAPHE DE BLAND ET ALTMAN, VARIATION DU SCORE DE NEGLIGENCE PHYSIQUE PAR RAPPORT A LA VALEUR INITIALE .....	46
ANNEXE 5 : GRAPHE DE BLAND ET ALTMAN, VARIATION DU SCORE D'ABUS EMOTIONNEL PAR RAPPORT A LA VALEUR INITIALE .....	46
ANNEXE 6 : GRAPHE DE BLAND ET ALTMAN, VARIATION DU SCORE DE NEGLIGENCE EMOTIONNELLE PAR RAPPORT A LA VALEUR INITIALE ..	47
ANNEXE 7 : GRAPHE DE BLAND ET ALTMAN, VARIATION DU SCORE D'ABUS SEXUEL PAR RAPPORT A LA VALEUR INITIALE .....	47
ANNEXE 8 : CORRELATION ENTRE LA VARIATION DU SCORE A LA MADRS ET LA VARIATION DU SCORE D'ABUS PHYSIQUE, SUR L'ÉCHANTILLON TOTAL .....	48
ANNEXE 9 : CORRELATION ENTRE LA VARIATION DU SCORE A LA MADRS ET LA VARIATION DU SCORE D'ABUS PHYSIQUE, DANS LE SOUS-GROUPE DE PATIENTS DEPRIMES AUX DEUX TEMPS .....	48

## Introduction générale :

L'exposition à des maltraitements durant l'enfance constitue un facteur de susceptibilité environnementale, qui interagit avec la prédisposition génétique pour influencer l'expression de différentes maladies (Maglione et al., 2018). Chez les sujets ayant subi de telles maltraitements, on constate une probabilité plus grande de troubles psychiatriques : troubles de l'humeur uni (Infurna et al., 2016; Nelson et al., 2017) ou bipolaire (Palmier-Claus et al., 2016), comportements suicidaires (Angelakis et al., 2019; Brodsky & Stanley, 2008), troubles anxieux (Norman et al., 2012), troubles du comportement alimentaire (Caslini et al., 2016), trouble de stress post traumatique (Widom, 1999), schizophrénie (Varese et al., 2012).

Les maltraitements ont non seulement une influence sur l'apparition des pathologies, mais aussi sur leur développement (Agnew-Blais & Danese, 2016; Daruy-Filho et al., 2011; Jiang et al., 2018; Molendijk et al., 2017; Nanni et al., 2012; Nelson et al., 2017). En effet, en examinant les profils psychopathologiques plus sévères, on découvre souvent un historique de maltraitements pendant l'enfance. Une méta-analyse de 2012 révèle que les sujets ayant été maltraités sont davantage susceptibles de développer une dépression chronique ou récurrente, et réagissent moins bien aux traitements (Nanni et al., 2012).

Il apparaît également que sévérité des maltraitements et sévérité des pathologies vont de pair. Une étude réalisée par Nelson et son équipe met en évidence une corrélation statistiquement significative entre sévérité des maltraitements et sévérité de la dépression (Nelson et al., 2017).

Ces études étayent la théorie d'un lien entre maltraitance et pathologie psychiatrique. Il semble donc primordial de pouvoir identifier et évaluer ces maltraitements de manière optimale.

Beaucoup d'outils n'explorent qu'une gamme limitée d'expériences traumatiques, se focalisant surtout sur les abus sexuels et physiques (Hovdestad et al., 2015; Oh et al., 2018; Roy & Perry, 2004). Pourtant, la négligence et les abus émotionnels produisent autant d'effets préjudiciables (Dias et al., 2015; Norman et al., 2012; Oh et al., 2018; Teicher et al., 2006). La différence réside dans la difficulté comparative de les définir (Paivio & Cramer, 2004) et dans l'intérêt moindre porté par la recherche à des traumatismes plus discrets.

Par ailleurs les études prospectives sont considérées en recherche comme plus valides que les études rétrospectives. On peut se questionner sur la fiabilité des témoignages recueillis rétrospectivement, en effet, recueillis tardivement, sont-ils assez précis ? Il faut tenir compte des limites de la mémoire humaine, du déclin de la précision ou de la tendance à reconstruire les souvenirs anciens (Maughan & Rutter, 1997). Pour l'évaluation des maltraitements, la concordance des données

prospectives et rétrospectives s'avère faible, mais Baldwin et al. admettent que le recueil prospectif dans ce domaine peut manquer de sensibilité (Baldwin et al., 2019). Par ailleurs de telles données ne sont pas toujours disponibles. La fiabilité des témoignages rétrospectifs peut alors être estimée par la mesure de la stabilité des réponses dans le temps chez un même patient.

Il existe plusieurs méthodes d'évaluation rétrospective des maltraitances. L'une d'entre elles est le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), un outil de dépistage largement utilisé à travers le monde (Cheng & Kuo, 2018; Dovran et al., 2013; Grassi-Oliveira et al., 2014; He et al., 2019; Jiang et al., 2018; Kim et al., 2011, 2013). Il permet en effet l'exploration simultanée d'un large spectre d'expériences traumatiques vécues durant l'enfance, et recouvre 5 aspects : abus et négligence physique ou émotionnelle, et abus sexuel. Le CTQ a été très étudié, à la fois en population clinique et générale, et sa traduction a été validée en plusieurs langues (Bernstein et al., 1994, 2003; Cammack et al., 2016; Cheng & Kuo, 2018; Dovran et al., 2013; Garrusi & Nakhaee, 2009; Gerdner & Allgulander, 2009; Grassi-Oliveira et al., 2014; He et al., 2019; Herzog et al., 2016; Jiang et al., 2018; Kim et al., 2011, 2013; Li et al., 2014; Paivio, 2001; Paivio & Cramer, 2004; Paquette et al., 2004; Rezan & Erogul, 2012; Rosen & Martin, 1996; Shannon et al., 2016; Simpson et al., 2019; Wright et al., 2001).

Nous nous interrogerons sur les facteurs qui influencent les propriétés psychométriques du CTQ. Quels sont-ils et comment peuvent-ils perturber l'évaluation optimale des maltraitances ? Diverses études axées sur les propriétés psychométriques du CTQ existent, mais présentent des divergences en termes de cohérence interne et de validité de construit de l'échelle. Plusieurs facteurs sources de variations ont été identifiés ou présumés.

Le premier, l'aspect culturel, semble jouer un rôle important. En effet, en fonction du contexte culturel, la définition même de ce qui constitue une maltraitance diffère (Garrusi & Nakhaee, 2009; Grassi-Oliveira et al., 2014; Kim et al., 2011; Wright et al., 2001). Selon les cultures, on qualifiera ou non de maltraitances un certain nombre de punitions données dans le cadre éducatif (Garrusi & Nakhaee, 2009). Par ailleurs, l'étude de Cheng et al. réalisée en 2018 à Taïwan, n'associe pas dans son analyse factorielle l'item 27 de la version courte du CTQ « je crois que j'ai été sexuellement abusé », à la dimension d'abus sexuel, alors que c'était le cas dans l'étude originale. Les taiwanais, par honte ou culpabilité suggèrent les auteurs, seraient donc plus réticents que d'autres à divulguer les expériences d'abus sexuels (Cheng & Kuo, 2018). Toutefois, l'aspect culturel ne peut expliquer toutes les différences de cohérence interne et de validité retrouvées et on peut émettre l'hypothèse d'une faille dans la construction originale de l'échelle.

On observe dans de nombreuses études une faiblesse dans la cohérence interne du concept de négligence physique (Cheng & Kuo, 2018; Garrusi & Nakhaee, 2009; Gerdner & Allgulander, 2009; Grassi-Oliveira et al., 2014; He et al., 2019; Jiang et al., 2018; Kim et al., 2011, 2013; Paivio & Cramer, 2004; Rosen & Martin, 1996). Dans la construction des sous échelles, les concepts de négligence physique et négligence émotionnelle se chevauchent, avec une faible différenciation de ces deux dimensions. Les items 2 et 26 se retrouvent alors souvent associés dans la structure factorielle des études à la négligence émotionnelle plutôt que physique (Cheng & Kuo, 2018; Gerdner & Allgulander, 2009; Grassi-Oliveira et al., 2014; Kim et al., 2011), ce que relèvent Gerdner et Allgulander en 2009, pointant du doigt l'imprécision du construit de négligence physique. Ils émettent l'hypothèse que ces items sont sujets à interprétation, car ils se rapprochent plutôt de la notion de manque de soin, qui est un concept à connotation à la fois physique et émotionnelle.

En 2001, l'étude de Wright et al. répète cette association des items 2 et 26 à la négligence émotionnelle, mais uniquement chez les hommes, ce qui suggère que le sexe a une influence sur la structure factorielle (Wright et al., 2001). On donnerait alors une signification différente aux expériences de maltraitances chez les hommes et les femmes (Paivio & Cramer, 2004; Wright et al., 2001). Mais ces éléments sont à nuancer car à l'inverse, d'autres études font état d'une invariance de structure factorielle entre les sexes (Dovran et al., 2013; He et al., 2019).

On retrouve dans plusieurs études une tendance à associer les facteurs d'abus physique et émotionnel. En effet, les différentes études présentent des structures factorielles à 4 ou 5 facteurs ; or, quand il n'y a que 4 facteurs, c'est parce que les concepts d'abus physique et émotionnel ont été fusionnés (Bernstein et al., 1994; Garrusi & Nakhaee, 2009; Rosen & Martin, 1996). En 2004, Paivio et Cramer suggèrent également que les expériences d'abus émotionnel et d'abus physique peuvent avoir différentes significations selon la tranche d'âge. Ils émettent l'hypothèse que les jeunes perçoivent les expériences d'abus émotionnel et d'abus physique comme une série d'événements distincts, alors que les adultes les perçoivent comme liés (Paivio & Cramer, 2004). Il est possible que l'âge puisse également perturber la stabilité. Si on se penche sur l'étude de Paquette et al. de 2004, les 14-19 ans rapportent beaucoup moins de maltraitances que les adultes. Les auteurs suggèrent que la banalisation des maltraitances subies par ces adolescents les rendrait moins enclins que leurs aînés à identifier celles-ci comme telles (Paquette et al., 2004).

Le biais de mémorisation peut également compromettre la constance des réponses au CTQ au cours du temps, ce qui nous amène à l'interrogation la plus récurrente autour de la stabilité du CTQ : l'influence de certains types de psychopathologie associés à des biais de mémoire et à des distorsions sur les réponses données par les sujets (Brewin et al., 1993; Paivio, 2001; Paivio & Cramer, 2004).

Plusieurs études montrent une bonne stabilité des rapports de traumatismes en population générale (Paquette et al., 2004; Rezan & Eroglu, 2012). Il en va de même chez des patients avec un trouble de l'usage de substances (Bernstein et al., 1994; Cheng & Kuo, 2018), chez des patients bipolaires (Li et al., 2014), ou encore au sein de groupes de patients présentant différents troubles psychiatriques (Garrusi & Nakhaee, 2009; Kim et al., 2011). Cependant, l'étude de Paivio et Cramer en 2004, réalisée en population générale, montre que le concept de négligence physique est moins stable par rapport aux autres dimensions de la version courte du CTQ (Paivio & Cramer, 2004). Et sur un intervalle de 18 mois chez des patients bipolaires, l'étude de Shannon et al. en 2016 pointe une moindre stabilité des rapports d'abus sexuels par rapport aux autres sous échelles (ICC à 0,50) (Shannon et al., 2016).

Pour les patients atteints de schizophrénie se pose le problème d'un potentiel scepticisme des soignants face aux rapports de maltraitances, dans la mesure où ces patients sont sujets à des éléments délirants, des hallucinations, des troubles cognitifs (Kim et al., 2013; Simpson et al., 2019). Les effets des traitements, ou encore les abus de substances peuvent également les influencer (Kim et al., 2013; Simpson et al., 2019). Chez ces patients, les études montrent globalement une bonne stabilité des réponses. Mais certaines sous échelles peuvent faire exception, telle que la négligence physique dans l'étude de Daeho Kim et al. en 2013, ou l'abus sexuel dans l'étude de Jiang et al. en 2018 (Jiang et al., 2018; Kim et al., 2013). L'étude de Simpson et al. en 2018, qui évalue la stabilité des réponses après un épisode psychotique aigu, fait état d'une bonne stabilité globale. Toutefois, un pourcentage de patients plus important que dans le groupe contrôle donne des réponses sensiblement différentes sur l'échelle de la sévérité. Le plus souvent, ils ne rapportent qu'une légère augmentation ou diminution de la sévérité des maltraitances. Les auteurs suggèrent que la rétractation complète d'un abus sévère est rare (Simpson et al., 2019).

L'étude de Cammack et al. en 2016 porte sur des femmes enceintes ou ayant l'intention de concevoir et qui présentent un historique de troubles psychiatriques. L'étude suggère que les rappels de traumatismes sont influencés par la grossesse elle-même, et par les événements périphériques à la grossesse (sexes du bébé, accouchements traumatisants, allaitement). L'étude montre une bonne stabilité des rapports de maltraitances après la grossesse, excepté un kappa à 0,37 pour la dimension de négligence physique (Cammack et al., 2016).

En 1997, Maughan et Rutter soulignent l'intérêt de déterminer comment les rapports de maltraitances peuvent être affectés par les changements d'état thymique (Maughan & Rutter, 1997). En 2001, Paivio étudie la stabilité des réponses au CTQ après 6 mois de psychothérapie axée sur le retraitement des mémoires traumatiques. Les patients inclus présentent des niveaux cliniques de symptomatologie générale (notamment des symptômes dépressifs) et reliée au traumatisme

(symptômes d'état de stress post-traumatique). Après 6 mois de traitement, on observe, parallèlement à une diminution des symptômes dépressifs et des symptômes d'état de stress post-traumatique, une stabilité globale des rapports de maltraitances, malgré un résultat un peu marginal pour la dimension de négligence émotionnelle (test retest : 0,62) (Paivio, 2001).

Chez les patients avec trouble de l'usage de substances, l'étude de Herzog et al. en 2016 montre une diminution significative des rapports d'abus émotionnel, d'abus physique, et de négligence physique chez les patients à la 3ème semaine d'un sevrage de substances en hospitalisation. L'hypothèse des auteurs est celle d'une augmentation des rapports de traumatismes au début du sevrage, le contexte aggravant les affects négatifs (dépression, anxiété...) (Herzog et al., 2016).

Les recherches indiquent que les rappels d'expériences subjectives sont moins précis que les rappels d'événements ou de comportements concrets (Brewin et al., 1993; Dovran et al., 2013; Paivio & Cramer, 2004). Le CTQ répertorie à la fois des expériences concrètes (essentiellement dans la dimension d'abus physique et sexuel) ainsi que des expériences plus subjectives (abus émotionnel, négligences). On peut se demander si les rapports concernant les dimensions plus concrètes ne sont pas plus stables. On retrouve en effet dans plusieurs études précédemment citées une faiblesse dans la stabilité des rapports de négligence physique. Cependant, plusieurs études montrent également un manque de stabilité pour des concepts plus concrets comme l'abus sexuel.

Le CTQ a donc fait l'objet de plusieurs études mais, à notre connaissance, aucune étude portant sur la stabilité du CTQ en fonction de l'état thymique n'a été réalisée de façon isolée, en évitant l'ajout d'éléments susceptibles de modifier la perception du vécu (tels qu'une psychothérapie ou un sevrage).

L'objet de notre étude sera donc la stabilité du CTQ sur un groupe de patients observés avec une démarche visant à réduire la probabilité de facteurs de confusion.

Il s'agira de la première étude française sur la stabilité du CTQ. Elle s'intéressera à l'influence de l'état thymique et de la présence d'idées suicidaires sur la stabilité du CTQ dans un groupe de patients suicidants. Nous avons sélectionné une telle population car la prévalence des maltraitances est plus élevée que chez les non suicidants (Georgiades et al., 2019).

# **Influence de l'état thymique et suicidaire sur la stabilité des réponses au Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Sylvie CHARPENTIER<sup>a</sup>, Emilie OLIE<sup>a,b</sup>, Matthieu FRAIGNEAU<sup>a</sup>, Philippe COURTET<sup>a,b</sup>, Marie Christine PICOT<sup>c</sup>, Sandrine AKOUETE MABLE<sup>c</sup>,

<sup>a</sup> Département d'Urgence et Post-Urgence Psychiatrique, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France

<sup>b</sup> PSNREC, Univ Montpellier, INSERM, CHU de Montpellier, Montpellier, France

<sup>c</sup> Département de l'Information Médicale, CHU de Montpellier, Hôpital La Colombière, Montpellier, France

sylvie-charpentier@chu-montpellier.fr

e-olie@chu-montpellier.fr

m-fraigneau@chu-montpellier.fr

p-courtet@chu-montpellier.fr

mc-picot@chu-montpellier.fr

m-akouete@chu-montpellier.fr

Auteur correspondant :

Dr Emilie OLIE

e-olie@chu-montpellier.fr

Département d'Urgence et Post-Urgence Psychiatrique, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France

+334 67 33 85 81

Conflit d'intérêt : aucun.

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique des secteurs public, privé ou non-lucratif.

Article en attente de traduction en vue d'une soumission au journal Child Abuse & Neglect.

## Résumé :

**Contexte :** Le recueil rétrospectif des maltraitances vécues dans l'enfance est parfois critiqué étant donné le risque d'influence de la psychopathologie sur la fiabilité des réponses.

**Objectif :** Nous étudions la stabilité du rapport des traumatismes dans l'enfance à 6 mois d'intervalle chez des patients adultes.

**Participants et cadre :** 164 patients hospitalisés aux CHU de Montpellier, Nancy et Créteil et ayant réalisé une tentative de suicide dans leur vie ont été inclus.

**Méthodologie :** Les maltraitances dans l'enfance ont été recueillies par le CTQ, la symptomatologie dépressive par la MADRS et la BDI. La stabilité et la reproductibilité du CTQ ont été évaluées par l'ICC et le kappa pondéré. L'ICC a également été calculé dans des sous-groupes selon le niveau de dépression (score total MADRS  $\geq$  ou  $<$  12) et la présence d'idées suicidaires (score item 10 MADRS  $\geq$  ou  $<$  2). Nous avons aussi mesuré la corrélation entre la variation des symptômes dépressifs et du score CTQ.

**Résultats :** L'ICC et le kappa pondéré étaient respectivement de 0,88(IC95%=[0,84;0,91]) et 0,71(IC95%=[0,60;0,82]) pour le score d'abus physique, 0,88(IC95%=[0,83;0,91]) et 0,72(IC95%=[0,62;0,82]) pour l'abus sexuel, 0,84(IC95%=[0,79;0,88]) et 0,68(IC95%=[0,60;0,76]) pour l'abus émotionnel, 0,73(IC95%=[0,65;0,80]) et 0,49(IC95%=[0,40;0,59]) pour la négligence émotionnelle et 0,65(IC95%=[0,54;0,73]) et 0,46(IC95%=[0,35;0,56]) pour la négligence physique. Les ICC étaient inchangés après stratification sur l'intensité de la dépression ou la présence d'idées suicidaires. Seule la variation du score d'abus physique était corrélée à la variation du score MADRS ( $r=-0,18, p=0,03$ ).

**Conclusion :** Le CTQ est stable et reproductible indépendamment du niveau de dépression ou de la présence d'idées suicidaires.

**Mots-clés :** dépression, maltraitance, psychométrie, CTQ

## 1. Introduction :

Les sujets ayant subi des maltraitances dans l'enfance ont plus de risque de développer des troubles psychiatriques à l'âge adulte : troubles de l'humeur (Infurna et al., 2016; Nelson et al., 2017; Palmier-Claus et al., 2016), comportements suicidaires (Angelakis et al., 2019; Brodsky & Stanley, 2008), troubles anxieux (Norman et al., 2012), troubles du comportement alimentaire (Caslini et al., 2016), trouble de stress post traumatique (Widom, 1999), schizophrénie (Varese et al., 2012). Le Childhood Trauma Questionnaire, est un outil de dépistage des traumatismes précoces largement utilisé à travers le monde (Cheng & Kuo, 2018; Dovran et al., 2013; Grassi-Oliveira et al., 2014; He et al., 2019; Jiang et al., 2018; Kim et al., 2011, 2013). Il permet l'exploration simultanée d'un large spectre d'expériences traumatiques vécues durant l'enfance, et recouvre 5 aspects : abus et négligence physique ou émotionnelle, et abus sexuel. Mais il se base sur un recueil rétrospectif pouvant impliquer un biais de mémorisation.

Plusieurs études montrent une bonne stabilité globale du CTQ en population générale (Paquette et al., 2004; Rezan & Erogul, 2012) et dans certains échantillons cliniques (Bernstein et al., 1994; Cheng & Kuo, 2018; Garrusi & Nakhaee, 2009; Kim et al., 2011; Li et al., 2014). Mais la question d'un impact de l'état thymique au moment du recueil (pouvant entraîner des biais et distorsions cognitives) sur les réponses données a été soulevée (Brewin et al., 1993; Maughan & Rutter, 1997; Paivio, 2001; Paivio & Cramer, 2004). En effet après 3 semaines de sevrage chez des patients avec trouble de l'usage de substances, Herzog et al. ont observé une diminution significative du niveau d'abus émotionnel, d'abus physique, et de négligence physique parallèlement à une diminution de la symptomatologie dépressive (Herzog et al., 2016). Paivio a montré que les patients présentant une réduction de la symptomatologie dépressive après 6 mois de psychothérapie rapportaient de manière stable leur niveau de traumatisme dans l'enfance mais de manière faiblement reproductible pour la dimension de négligence émotionnelle (test retest : 0,62) (Paivio, 2001).

Le CTQ a donc fait l'objet de plusieurs études mais, à notre connaissance, aucune étude portant sur la stabilité du CTQ en fonction de l'état thymique n'a été réalisée de façon isolée, en évitant l'ajout d'éléments susceptibles de modifier la perception du vécu (telle qu'une psychothérapie ou un sevrage). Aucune étude n'a porté sur des sujets ayant une histoire de tentative de suicide, malgré un lien fort avec l'histoire de maltraitance précoce. En effet les maltraitances dans l'enfance s'avèrent être un facteur de risque important de tentative de suicide, multipliant par 2 ou 3 le risque de passage à l'acte (Angelakis et al., 2019). Les traumatismes dans l'enfance doivent donc être dépistés dès que possible en population à haut risque suicidaire pour réduire le poids de ce facteur de risque.

## **2. Méthodologie :**

### ***2.1 Population d'étude :***

Les participants de l'étude sont issus d'une large cohorte de patients majeurs ayant réalisé une tentative de suicide sur la vie (N=2630), hospitalisés au sein des CHU de Montpellier, Créteil et Nancy. 553 patients ont été suivis semestriellement pendant 2 ans entre 2007 et 2014. La tentative de suicide, était définie comme "un comportement potentiellement autodestructeur avec une issue non fatale, pour lequel il existe des preuves (explicites ou implicites) que la personne avait une certaine intention de mourir". Parmi les 553 patients, nous avons sélectionné un échantillon de patients ayant complété au moins une dimension du Childhood Trauma Questionnaire à l'inclusion et à 6 mois. Nous avons exclu les patients présentant des caractéristiques psychotiques ou un épisode maniaque à l'inclusion ou ayant un antécédent d'épisode psychotique sur la vie selon les critères diagnostiques du DSM-IV. Un formulaire de consentement a été obtenu pour tous les patients ; cette étude a été approuvée par le comité éthique de recherche local (Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France).

## **2.2 Évaluations :**

À l'inclusion, un entretien clinique était réalisé par un psychologue ou un psychiatre formé afin de recueillir la psychopathologie à l'aide de la Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) (Nurnberger, 1994) ainsi que l'histoire de tentative de suicide à l'aide de la Columbia Suicide History Form (Oquendo et al., 2003).

À l'inclusion et à 6 mois étaient recueillis la symptomatologie dépressive à l'aide de la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Åsberg, 1979) et de la Beck Depression Inventory (BDI) (Beck & Beck, 1972) ainsi que les traumatismes vécus dans l'enfance et l'adolescence via le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) 28 items (Bernstein et al., 2003). La présence d'idées de suicide était également évaluée à l'inclusion et à 6 mois et définie par un score supérieur ou égal à 2 à l'item 10 de la MADRS.

## **2.3 Analyse :**

Une description globale de l'ensemble de l'échantillon a été réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories pour les variables qualitatives. En fonction de la distribution des variables quantitatives, la description a été faite à l'aide de la moyenne et de la déviation standard si la distribution est gaussienne et, de la médiane, des valeurs minimales et maximales et des interquartiles (75<sup>ème</sup> et 25<sup>ème</sup> centiles) si non gaussiennes.

L'évolution entre l'inclusion et 6 mois a été analysée à l'aide du test de Student apparié ou test de Wilcoxon apparié pour les variables quantitatives et à l'aide du test de Mac Nemar pour les variables qualitatives.

La stabilité des réponses au score total et aux sous échelles du CTQ a été calculée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classe. Un coefficient de corrélation intra-classe inférieur à 0,40 est considéré comme faible, entre 0,40 et 0,59 comme correct, entre 0,60 et 0,74 comme bon et au-delà de 0,75 comme excellent (Cicchetti, 1994). Le coefficient de corrélation intra-classe a été également

calculé dans les sous-groupes de patients ayant un score supérieur ou égal à 12 à la MADRS à l'inclusion (N=103) ou non (N=56), et dans les sous-groupes de patients avec idées suicidaires ou non, définis par un score supérieur ou égal à 2 à l'item 10 de la MADRS à l'inclusion (N=58), ou non (N=104).

La méthode graphique de Bland et Altman a également été utilisée pour analyser la reproductibilité du CTQ (Bland & Altman, 1986). Elle consiste à représenter les différences entre les 2 mesures (à T0 et à 6 mois) en fonction de leur moyenne et permet de calculer les limites d'accord, la pente de la droite de régression des différences sur les moyennes (biais proportionnel si pente statistiquement différente de 1) et la différence moyenne (biais fixe si différence statistiquement différente de 0, valable uniquement en l'absence de biais proportionnel). L'accord entre les deux mesures sera jugé acceptable si les limites d'accord calculées sont en deçà du seuil d'acceptabilité fixé a priori.

Après transformation des scores du CTQ en 4 catégories de sévérité selon les cut-off de Bernstein & Fink (Bernstein & Fink, 1998), la reproductibilité a également été analysée à l'aide du Kappa pondéré sur la totalité des patients. Un kappa inférieur à 0,20 est considéré comme très faible, faible entre 0,21 et 0,40, modéré entre 0,41 et 0,60, bon entre 0,61 et 0,80, et presque parfait au-delà (Landis & Koch, 1977).

Afin d'étudier l'influence de l'état thymique sur la stabilité du CTQ, nous avons évalué par le Coefficient de corrélation de Spearman s'il existait une corrélation entre la variation du score total à la MADRS, ainsi qu'à la BDI et la variation du score total ou des sous échelles du CTQ. Ce même coefficient a également été calculé dans les sous-groupes de patients ayant un score MADRS  $\geq 12$  aux deux temps (N=70), uniquement à l'inclusion (N=31), uniquement à 6 mois T2 (N=21) ou ayant un score MADRS  $<12$  aux deux temps (N=34)

### **3. Résultats :**

#### ***3.1 Description (Tableau 1) :***

Au total, nous avons analysé les données de 164 patients (Figure 1).

L'échantillon comprenait majoritairement des femmes (64,63%), en couple (53%) avec un âge moyen de 43,33 ( $\pm$  11,96) ans (Tableau 1). La majorité des patients (76%) présentaient un épisode dépressif caractérisé et/ou un trouble anxieux (60,37%) (Tableau 1). A l'inclusion, le score moyen à la MADRS était de 14,97 ( $\pm$  8,93) et à la BDI de 15,74 ( $\pm$  8,49) (Tableau 2), correspondant à un niveau de dépression modérée. La réduction de la symptomatologie dépressive à 6 mois était significative selon le score à la BDI : - 3,08 ( $\pm$  9,29) points, ( $p < 0,01$ ) mais pas selon le score MADRS : + 0,04 ( $\pm$  10,48) points ( $p = 0,96$ ) (Tableau 2).

#### ***3.2 Évaluation répétée de la maltraitance :***

À l'inclusion une histoire de maltraitance dans l'enfance modérée à sévère était retrouvée chez 36,88 % des patients pour l'abus émotionnel, 20,25 % pour l'abus physique, 22,36 % pour l'abus sexuel, 38,99 % pour la négligence émotionnelle et 28,03 % pour la négligence physique. Seuls les scores d'abus physique et émotionnel étaient significativement réduits ( $- 0,33$  ( $\pm$  2,11) et  $- 0,73$  ( $\pm$  3,28) points respectivement) entre l'inclusion et 6 mois (Tableau 2).

La représentation des graphiques de Bland et Altman montraient une plus grande dispersion des points pour la négligence physique et émotionnelle, témoignant de la moins bonne stabilité de ces deux dimensions (cf. annexe).

Le coefficient de corrélation intra-classe était de 0,89 (IC95%=[0,85;0,92]) pour le score total du CTQ, 0,88 (IC95%=[0,84;0,91]) pour l'abus physique, de 0,88 (IC95%=[0,83;0,91]) pour l'abus sexuel, de 0,84 (IC95%=[0,79;0,88]) pour l'abus émotionnel, de 0,73 (IC95%=[0,65;0,80]) pour la négligence émotionnelle et de 0,65 (IC95%=[0,54;0,73]) pour la négligence physique (cf. annexe).

En considérant les dimensions du CTQ en classes (aucun/faible/modéré/sévère), la mesure du Kappa

pondéré montrait de la même manière des coefficients bons pour les dimensions d'abus, et modérés pour les dimensions de négligences (cf. annexe).

### ***3.3 Influence de l'état thymique et des idées suicidaires sur l'évaluation des maltraitances :***

Seule la variation du score d'abus physique était inversement mais faiblement corrélée à la variation du score MADRS dans l'échantillon total ( $r = -0,18$ ,  $p = 0,03$ ) (Tableau 3 et annexe) et chez les patients présentant une symptomatologie dépressive ( $MADRS \geq 12$ ) aux deux temps ( $r = -0,27$ ,  $p = 0,03$ ) (cf. annexe). La variation des scores au CTQ n'était pas corrélée à la variation du score à la BDI (Tableau 3).

Après stratification sur l'intensité de la dépression ( $MADRS \geq$  ou  $<12$ ) ou la présence d'idées suicidaires (item 10  $MADRS \geq$  ou  $<2$ ), les coefficients de corrélation intra-classe étaient inchangés (Tableau 4).

## **4. Discussion :**

Notre étude met en évidence une stabilité du CTQ dans le temps, indépendamment de l'état thymique ou de la présence des idées suicidaires dans un échantillon de patients à haut risque suicidaire, i.e. ayant des antécédents de tentative de suicide. L'utilisation du CTQ à tout moment reste donc pertinente indépendamment de l'état, les occurrences d'influence de l'état thymique étant marginales par rapport à l'observation de la stabilité générale des réponses au CTQ.

La fréquence des maltraitances dans notre étude apparaît inférieure à celle retrouvée dans d'autres études en population suicidante (Briere et al., 2016; Georgiades et al., 2019).

L'utilisation de données prospectives est considérée en recherche comme plus valide, discutant l'utilisation d'un questionnaire rétrospectif. Pour l'évaluation des maltraitances, la concordance des données prospectives et rétrospectives s'avère faible. Mais Baldwin et al. (Baldwin et al., 2019) soulignent que ces deux types d'évaluation n'identifient pas les mêmes éléments, et que

le recueil prospectif dans ce domaine peut manquer de sensibilité. Le recueil rétrospectif pose la question du biais de mémorisation. Avec le temps et indépendamment de toute psychopathologie, la précision des souvenirs diminue entraînant une temporalité plus floue (Maughan & Rutter, 1997). Mais le CTQ n'évalue pas la temporalité des événements traumatiques. Nous avons évalué le CTQ chez des patients majoritairement déprimés pouvant influencer une récupération sélective de souvenirs qui ont la même tonalité affective (Bower, 1981; Colombel, 2007; Corson, 2002; Lemogne et al., 2006; Matt et al., 1992), bien qu'il puisse y avoir une altération des souvenirs positifs sans impact sur les souvenirs négatifs (Blaney, 1986; Brewin et al., 1993). Cet effet de congruence à l'humeur reste toutefois discuté chez les patients dépressifs (Blaney, 1986; Brewin et al., 1993; Matt et al., 1992). Yancura et Aldwin (Yancura & Aldwin, 2009) ont suggéré qu'un changement de symptômes dépressifs est prédictif d'un changement d'évaluation globale de l'enfance, sans influencer le rapport d'évènements concrets (tels que des traumatismes).

Le CTQ répertorie à la fois des expériences concrètes (essentiellement dans la dimension d'abus physique et sexuel) ainsi que des expériences plus subjectives (abus émotionnel, négligences). Comme précédemment rapporté nous retrouvons des coefficients de corrélation intraclasse plus faibles pour les dimensions de négligence que pour celles d'abus, ce qui suggère que les dimensions plus subjectives seraient moins stables. Les recherches indiquent déjà que les rappels d'expériences subjectives sont moins précis que les rappels d'événements ou de comportements concrets (Brewin et al., 1993; Dovran et al., 2013; Paivio, 2001; Paivio & Cramer, 2004).

En stratifiant sur le niveau de dépression à l'inclusion, nous n'avons pas trouvé de modification des coefficients de corrélation intra-classe. Nous ne retrouvons pas de corrélation entre la variation du score total au CTQ et la variation de la symptomatologie dépressive. Toutefois nous retrouvons une corrélation inverse faible entre variation du score de dépression évaluée par le clinicien et la variation du sous score d'abus physique au CTQ. Les données de la littérature sur la base d'autres outils de mesure des traumatismes vont dans le sens d'une absence de modification du recueil des traumatismes. Fergusson et al. montrent que la variation dans les rapports d'abus sexuel

et d'abus physique n'est pas significativement associée à la présence de dépression (Fergusson et al., 2000). L'étude de Kremers et al., qui évalue la stabilité des réponses au « Trauma Interview » 27 mois après une psychothérapie, ne retrouvait pas de corrélation significative entre changement des symptômes dépressifs et changement du nombre de traumatismes rapportés (Kremers et al., 2007). Pinto et al., en 2014, ne retrouvent pas de corrélation significative entre changement dans les symptômes de la Rotterdam Symptom Checklist intégrant l'humeur dépressive et changement dans les rapports d'expériences dans l'enfance (Pinto et al., 2014). Un changement du score de dépression ne prédit pas un changement du score de traumatisme à l'Adverse Childhood Experiences Questionnaire à 3 mois dans l'étude de Frampton et al. (Frampton et al., 2018).

Par ailleurs, notre étude ne met pas en évidence une quelconque influence des idées suicidaires sur la variation des réponses au CTQ. Les profils de stabilité des 5 dimensions sont similaires selon que les patients ont ou non des idées suicidaires évaluées par le clinicien. Ce résultat rejoint celui de Fergusson et al. (Fergusson et al., 2000) qui ne trouvaient aucune corrélation entre les idées suicidaires et la variation des rapports d'abus sexuel et d'abus physique.

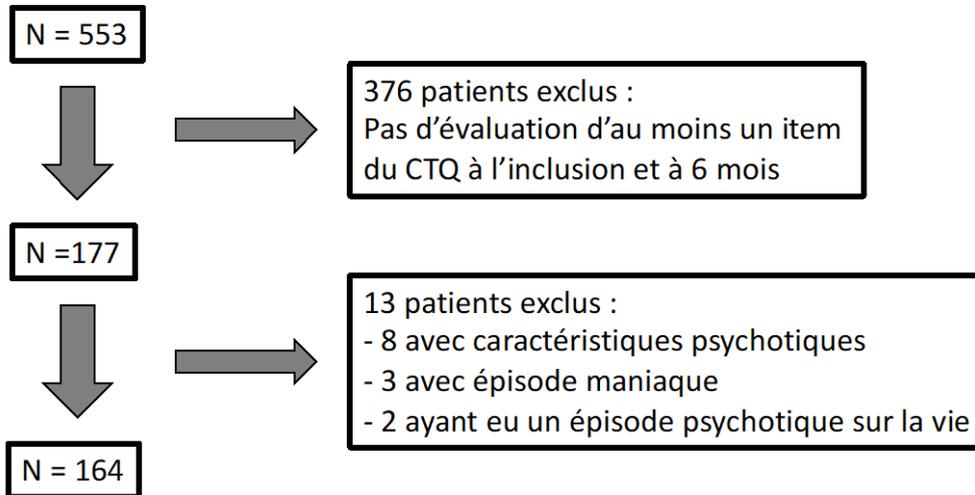
Nous avons réalisé la première étude portant sur la stabilité du CTQ en population suicidante tout en prenant en compte l'état thymique de façon isolée. La prise de traitement médicamenteux n'a pas été étudiée malgré une possible influence sur les fonctions cognitives.

## **5. Conclusion :**

Le CTQ s'avère donc être un bon outil d'évaluation des maltraitances chez les patients suicidants indépendamment de l'état thymique. Ce résultat implique que si ces souvenirs sont fiables, ils permettent une évaluation optimale des maltraitances et donc le repérage d'un facteur de risque suicidaire. Il est donc possible et important de dépister les traumatismes chez les suicidants à n'importe quel moment, afin d'entamer une prise en charge en psychothérapie.

## Figures et tableaux

*Figure 1 : Flow chart*



**Tableau 1 : Description de la population d'étude**

Variable		N (%) ou Moyenne ( $\pm$ ET)
Centre d'évaluation	Créteil	42 (25.61%)
	Montpellier	81 (49.39%)
	Nancy	41 (25%)
Sexe féminin		106 (64.63%)
Statut marital	Célibataire	34 (20.73%)
	Marié(e) / Concubinage	87 (53.05%)
	Séparé(e)/ Divorcé(e)/Veuf(ve)	43 (26.22%)
Age		43.33 ( $\pm$ 11.96)
Niveau d'étude (années)		12.29 ( $\pm$ 2.91)
Épisode dépressif caractérisé actuel		124 (76.07%)
Trouble bipolaire		36 (22.5%)
Idées de suicide (item 10 MADRS $\geq$ 2)		58 (35,80%)
Dépendance ou abus d'alcool		30 (18.29%)
Dépendance ou abus de substances illicites		13 (7.93%)
Trouble anxieux		99 (60.37%)
Trouble du comportement alimentaire		15 (9.15%)
Nombre de tentative de suicide		2.75 ( $\pm$ 7.75)
Tentative de suicide violente		33 (20.12%)
Tentative de suicide sévère		32 (19.51%)
Nombre d'hospitalisation		2.91 ( $\pm$ 7.87)

**Tableau 2 : Scores moyens et variations entre les deux évaluations aux échelles de dépression et au CTQ**

Variable		Moyenne ( $\pm$ ET)		Variation entre T0 et T1 (Delta)	
		T0 (Inclusion)	T1 (Réévaluation à 6 mois)	Moyenne ( $\pm$ ET)	P value
MADRS - Score total		14,97 ( $\pm$ 8,93)	14,76 ( $\pm$ 10,89)	0,04 ( $\pm$ 10,48)	0,96
BDI - Score total		15,74 ( $\pm$ 8,49)	12,76 ( $\pm$ 8,79)	<b>- 3,08 (<math>\pm</math> 9,29)</b>	<b>&lt; 0,01</b>
CTQ	Score total	47,88 ( $\pm$ 18,12)	46,59 ( $\pm$ 16,95)	- 0,65 ( $\pm$ 8,35)	0,29
	Abus physique	7,75 ( $\pm$ 4,51)	7,41 ( $\pm$ 4,14)	<b>- 0,33 (<math>\pm</math> 2,11)</b>	<b>0,05</b>
	Négligence physique	8,17 ( $\pm$ 3,26)	8,26 ( $\pm$ 3,07)	0,11 ( $\pm$ 2,68)	0,64
	Abus émotionnel	11,52 ( $\pm$ 5,89)	10,77 ( $\pm$ 5,85)	<b>- 0,73 (<math>\pm</math> 3,28)</b>	<b>&lt;0,01</b>
	Négligence émotionnelle	12,97 ( $\pm$ 5,34)	13,42 ( $\pm$ 5,27)	0,47 ( $\pm$ 3,92)	0,15
	Abus sexuel	7,19 ( $\pm$ 4,71)	7,02 ( $\pm$ 4,75)	- 0,13 ( $\pm$ 2,36)	0,15

**Tableau 3 : Corrélations entre variation des scores au CTQ et variation des scores à la MADRS et à la BDI : Coefficients de corrélation de Spearman**

Variable	Delta CTQ Abus physique		Delta CTQ Négligence physique		Delta CTQ Abus émotionnel		Delta CTQ Négligence émotionnelle		Delta CTQ Abus sexuel		Delta CTQ Score total	
	r*	P value	r*	P value	r*	P value	r*	P value	r*	P value	r*	P value
Delta MADRS Total	<b>-0.17708</b>	<b>0.0313</b>	-0.00909	0.9136	0.04227	0.6100	0.09727	0.2428	-0.07970	0.3274	0.01953	0.8221
Delta BDI	-0.03667	0.6582	-0.01281	0.8785	0.02867	0.7313	0.10754	0.1979	-0.07126	0.3846	-0.01384	0.8734
Delta MADRS item 10	-0.09477	0.2471	-0.04356	0.5991	0.09404	0.2507	0.03619	0.6613	-0.15255	0.0573	-0.04419	0.6068

\* r = coefficient de corrélation de Spearman

**Tableau 4 : Stabilité du score total et des sous échelles du CTQ dans l'échantillon total et les sous-groupes : Coefficients de corrélation intra-classe**

Variable	Coefficient de corrélation intra-classe ( Intervalle de confiance à 95%)				
	Echantillon total	Selon score total MADRS		Selon item 10 MADRS	
		MADRS <12	MADRS >=12	Absence IDS*	Présence IDS*
	N=164	N=56	N=103	N=104	N=58
CTQ Score total	0,89 (0,85-0,92)	0,92 (0,86-0,95)	0,87 (0,81-0,91)	0,86 (0,79-0,90)	0,92 (0,87-0,95)
CTQ Abus Physique	0,88 (0,84-0,91)	0,89 (0,82-0,93)	0,87 (0,82-0,91)	0,83 (0,76-0,88)	0,93 (0,88-0,96)
CTQ Abus Emotionnel	0,84 (0,79-0,88)	0,87 (0,79-0,92)	0,82 (0,74-0,87)	0,82 (0,74-0,87)	0,88 (0,80-0,93)
CTQ Abus Sexuel	0,88 (0,83-0,91)	0,90 (0,84-0,94)	0,85 (0,78-0,90)	0,90 (0,86-0,93)	0,78 (0,65-0,86)
CTQ Négligence Physique	0,65 (0,54-0,73)	0,72 (0,55-0,83)	0,60 (0,46-0,71)	0,56 (0,41-0,68)	0,74 (0,59-0,84)
CTQ Négligence Emotionnelle	0,73 (0,65-0,80)	0,69 (0,52-0,81)	0,76 (0,67-0,84)	0,72 (0,61-0,81)	0,75 (0,61-0,85)

**\* IDS : idées suicidaires**

## Bibliographie :

- Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 342-349. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality : A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(07), 1057-1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B., & Danese, A. (2019). Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 584. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening Depressed Patients in Family Practice : A Rapid Technic. *Postgraduate Medicine*, 52(6), 81-85.  
<https://doi.org/10.1080/00325481.1972.11713319>
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire : A retrospective self-report*. (TX: The Psychological Corporation).
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., 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 & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet (London, England)*, 1(8476), 307-310.

- Blaney, P. H. (1986). Affect and Memory : A Review. *Psychological Bulletin*, 99(2), 229-246.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129-148.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience : A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82-98.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.82>
- Briere, J., Madni, L. A., & Godbout, N. (2016). Recent Suicidality in the General Population : Multivariate Association With Childhood Maltreatment and Adult Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(18), 3063-3079. <https://doi.org/10.1177/0886260515584339>
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2008). Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 223-235.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
- Cammack, A. L., Hogue, C. J., Drews-Botsch, C. D., Kramer, M. R., Pearce, B. D., T. Knight, B., Stowe, Z. N., & Newport, D. J. (2016). Test-retest reliability of retrospective self-reported maternal exposure to childhood abuse and neglect. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 415-421. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0536-x>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Cheng, Y.-C., & Kuo, P.-H. (2018). Reliability and Factor Structure of the Chinese Version of Childhood Trauma Questionnaire-short Form in in Patients with Substance Use Disorder. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 32(1), 52-62.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>

- Colombel, F. (2007). Biais mnésique associé à l'humeur dépressive : Quelques réflexions critiques. *L'Encéphale*, 33(3), 242-248. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)92035-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)92035-7)
- Corson, Y. (2002). Variations émotionnelles et mémoire : Principaux modèles explicatifs. *L'année psychologique*, 102(1), 109-149. <https://doi.org/10.3406/psy.2002.29585>
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder : Childhood maltreatment and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 427-434. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01756.x>
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J., & Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample : The harmful effects of emotional abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 767-778. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0621-0>
- Dovran, A., Winje, D., Øverland, S. N., Breivik, K., Arefjord, K., Dalsbø, A. S., Jentoft, M. B., Hansen, A. L., & Waage, L. (2013). Psychometric properties of the Norwegian version of the Childhood Trauma Questionnaire in high-risk groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4), 286-291. <https://doi.org/10.1111/sjop.12052>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports : A longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30(3), 529-544. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002111>
- Frampton, N. M. A., Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). The effects of adult depression on the recollection of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 86, 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.006>
- Garrusi, B., & Nakhaee, N. (2009). Validity and Reliability of a Persian Version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychological Reports*, 104(2), 509-516. <https://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509-516>

- Georgiades, K., Boylan, K., Duncan, L., Wang, L., Colman, I., Rhodes, A. E., Bennett, K., Comeau, J., Manion, I., Boyle, M. H., & 2014 Ontario Child Health Study Team. (2019). Prevalence and Correlates of Youth Suicidal Ideation and Attempts : Evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(4), 265-274.  
<https://doi.org/10.1177/0706743719830031>
- Gerdner, A., & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(2), 160-170. <https://doi.org/10.1080/08039480802514366>
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., Kristensen, C. H., & Arteché, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups : Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS ONE*, *9*(1), e87118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>
- He, J., Zhong, X., Gao, Y., Xiong, G., & Yao, S. (2019). Psychometric properties of the Chinese version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) among undergraduates and depressive patients. *Child Abuse & Neglect*, *91*, 102-108.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.009>
- Herzog, E., Odenwald, M., Proescholdt, M., Haubold, A., Bohnacker, I., Flögel, M., Linde, A., Müller, S., Wiesbeck, G., Lang, U., Walter, M., & Vogel, M. (2016). Stability of trauma-related symptoms during acute substance use treatment. *Journal of Addictive Diseases*, *35*(3), 161-168. <https://doi.org/10.1080/10550887.2015.1127718>
- Hovdestad, W., Campeau, A., Potter, D., & Tonmyr, L. (2015). A Systematic Review of Childhood Maltreatment Assessments in Population-Representative Surveys Since 1990. *PLOS ONE*, *10*(5), e0123366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123366>
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect :

A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47-55.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>

Jiang, W.-J., Zhong, B.-L., Liu, L.-Z., Zhou, Y.-J., Hu, X.-H., & Li, Y. (2018). Reliability and validity of the Chinese version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form for inpatients with schizophrenia. *PLOS ONE*, 13(12), e0208779.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208779>

Kim, D., Bae, H., Han, C., Oh, H. Y., & MacDonald, K. (2013). Psychometric properties of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) in Korean patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 93-98.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.020>

Kim, D., Park, S.-C., Yang, H., & Oh, D. H. (2011). Reliability and Validity of the Korean Version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form for Psychiatric Outpatients. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 305. <https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.4.305>

Kremers, I. P., Van Giezen, A. E., Van der Does, A. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, Ph. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.12.003>

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>

Lemogne, C., Piolino, P., Jouvent, R., Allilaire, J.-F., & Fossati, P. (2006). Mémoire autobiographique épisodique et dépression. *L'Encéphale*, 32(5), 781-788.

[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76231-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76231-5)

Li, X.-B., Liu, J.-T., Zhu, X.-Z., Zhang, L., Tang, Y.-L., & Wang, C.-Y. (2014). Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *Journal of Affective Disorders*, 168, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.017>

- Maglione, D., Caputi, M., Moretti, B., & Scaini, S. (2018). Psychopathological consequences of maltreatment among children and adolescents : A systematic review of the GxE literature. *Research in Developmental Disabilities, 82*, 53-66.  
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.06.005>
- Matt, G. E., Vázquez, C., & Campbell, W. K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 12*(2), 227-255.  
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90116-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90116-P)
- Maughan, B., & Rutter, M. (1997). Retrospective Reporting of Childhood Adversity : Issues in Assessing Long-Term Recall. *Journal of Personality Disorders, 11*(1), 19-33.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.19>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology : A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine, 47*(8), 1402-1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry, 134*(4), 382-389.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression : A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry, 169*(2), 141-151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- Nelson, J., Klumpp, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression : Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 210*(2), 96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine, 9*(11), e1001349.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

- Nurnberger, J. I. (1994). Diagnostic Interview for Genetic Studies : Rationale, Unique Features, and Training. *Archives of General Psychiatry*, 51(11), 849.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950110009002>
- Oh, D. L., Jerman, P., Purewal Boparai, S. K., Koita, K., Briner, S., Bucci, M., & Harris, N. B. (2018). Review of Tools for Measuring Exposure to Adversity in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(6), 564-583.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.04.021>
- Oquendo, M. A., Halberstam, B., & Mann, J. J. (2003). Risk factors for suicidal behavior : Utility and limitations of research instruments. In *Standardized Evaluation in Clinical Practice* (p. 103-130).
- Paivio, S. C. (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues☆. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1053-1068.  
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00256-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00256-3)
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 889-904. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.011>
- Palmier-Claus, J. E., Berry, K., Bucci, S., Mansell, W., & Varese, F. (2016). Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder : Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 454-459. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179655>
- 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.  
<https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the Reliability of Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences among Adolescents with Documented Childhood Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>

- Rezan, A., & Eroglu, Ç. (2012). Psychometric Properties of Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire among Adolescents with Gender Differences. *Psychology, 03*(10), 916-922. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.310138>
- Rosen, L. N., & Martin, L. (1996). The measurement of childhood trauma among male and female soldiers in the U.S. Army. *Military Medicine, 161*(6), 342-345.
- Roy, C. A., & Perry, J. C. (2004). Instruments for the Assessment of Childhood Trauma in Adults: *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(5), 343-351. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000126701.23121.fa>
- Shannon, C., Hanna, D., Tumelty, L., Waldron, D., Maguire, C., Mowlds, W., Meenagh, C., & Mulholland, C. (2016). Reliability of reports of childhood trauma in bipolar disorder : A test-retest study over 18 months. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(4), 511-519. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141147>
- Simpson, S., Phillips, L., Baksheev, G., Garner, B., Markulev, C., Phassouliotis, C., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P., & Bendall, S. (2019). Stability of retrospective self-reports of childhood trauma in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 13*(4), 908-913. <https://doi.org/10.1111/eip.12700>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, Stones, and Hurtful Words : Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 993-1000. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.993>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis : A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry, 156*(8), 1223-1229. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.8.1223>

Wright, K. D., Asmundson, G. J. G., McCreary, D. R., Scher, C., Hami, S., & Stein, M. B. (2001).

Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in men and women. *Depression and Anxiety, 13*(4), 179-183. <https://doi.org/10.1002/da.1034>

Yancura, L. A., & Aldwin, C. M. (2009). Stability and change in retrospective reports of childhood experiences over a 5-year period : Findings from the Davis Longitudinal Study. *Psychology and Aging, 24*(3), 715-721. <https://doi.org/10.1037/a0016203>

## Annexes :

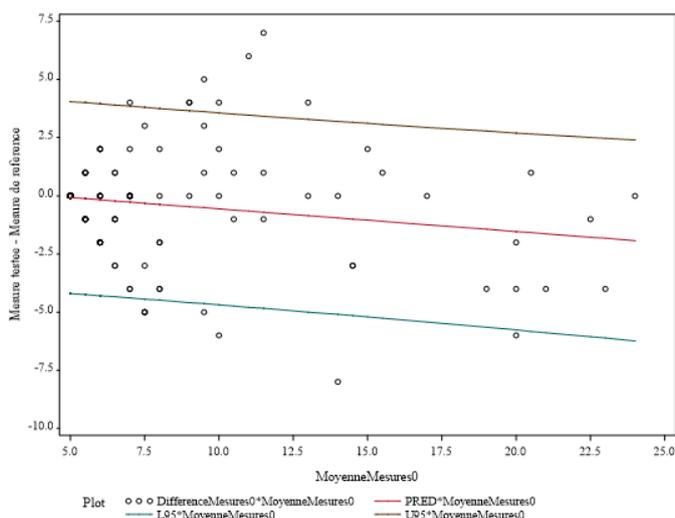
### *Annexe 1 : Stabilité du score total et des sous échelles du CTQ dans l'échantillon total : Coefficients de corrélation intra-classe*

Variable	Coefficient de corrélation intra-classe (ICC)	Intervalle de confiance à 95 %
CTQ - Abus physique	0,88	0,84-0,91
CTQ - Négligence physique	0,65	0,54-0,73
CTQ - Abus émotionnel	0,84	0,79-0,88
CTQ - Négligence émotionnelle	0,73	0,65-0,80
CTQ - Abus sexuel	0,88	0,83-0,91
CTQ - Score total	0,89	0,85-0,92

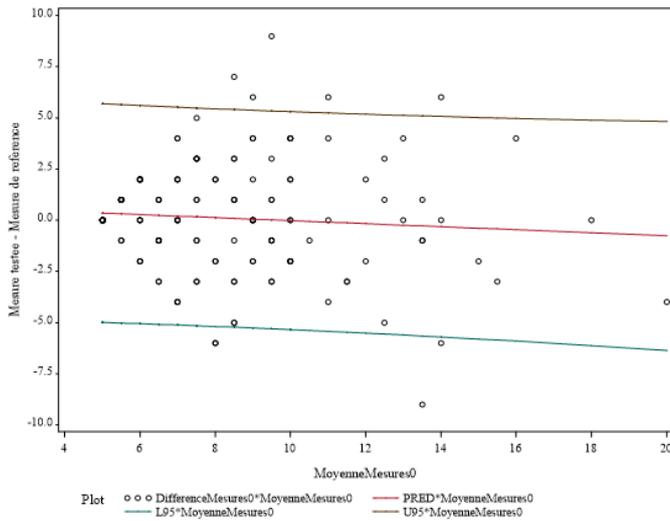
### *Annexe 2 : Stabilité des sous échelles du CTQ catégorisées en fonction de leur sévérité, dans l'échantillon total : Kappas pondérés*

Variable	Kappa pondéré	Intervalle de confiance à 95 %
CTQ - Abus physique	0,71	0,60-0,82
CTQ - Négligence physique	0,46	0,35-0,56
CTQ - Abus émotionnel	0,68	0,60-0,76
CTQ - Négligence émotionnelle	0,49	0,40-0,59
CTQ - Abus sexuel	0,72	0,62-0,82

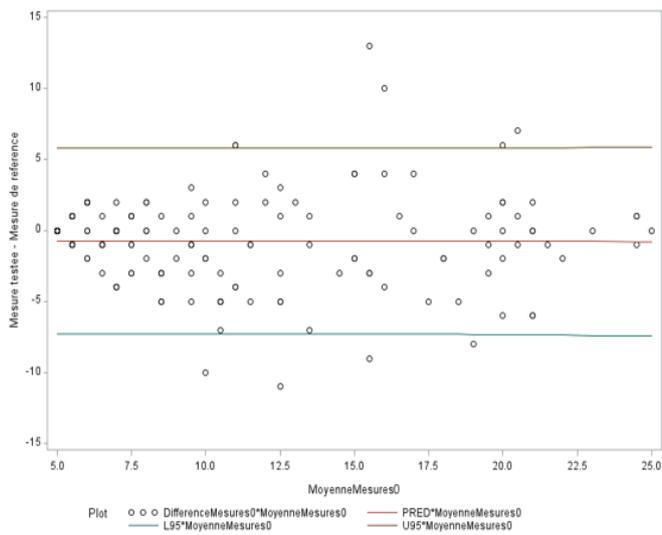
### *Annexe 3 : Graphe de Bland et Altman, variation du score d'Abus Physique par rapport à la valeur initiale*



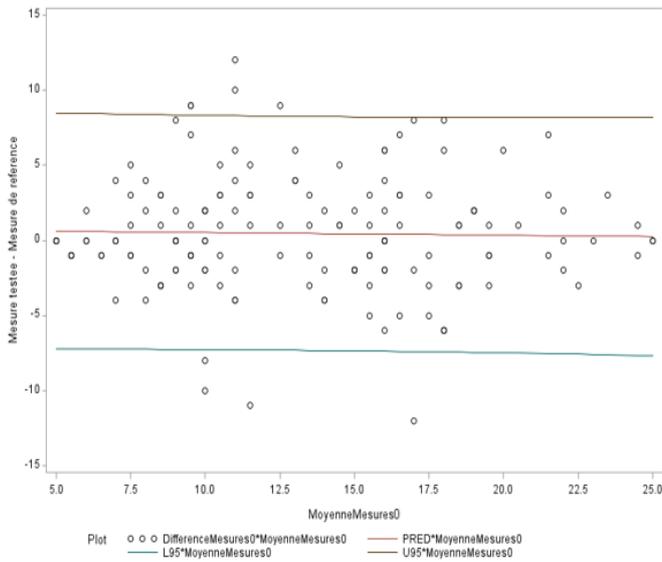
**Annexe 4 : Graphe de Bland et Altman, variation du score de Négligence Physique par rapport à la valeur initiale**



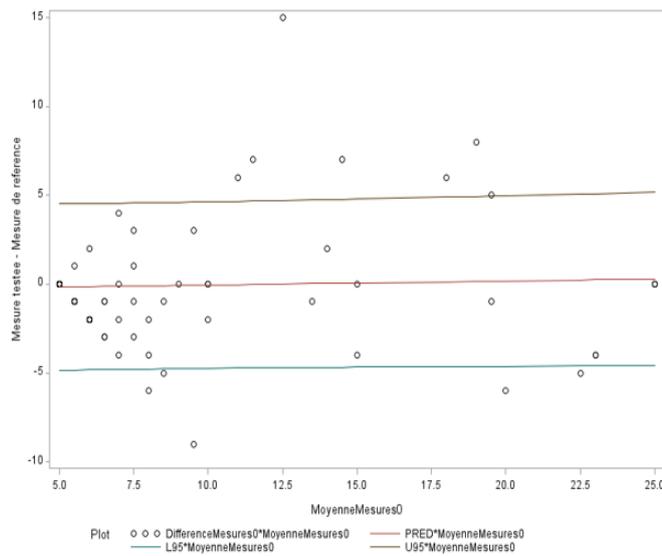
**Annexe 5 : Graphe de Bland et Altman, variation du score d'Abus émotionnel par rapport à la valeur initiale**



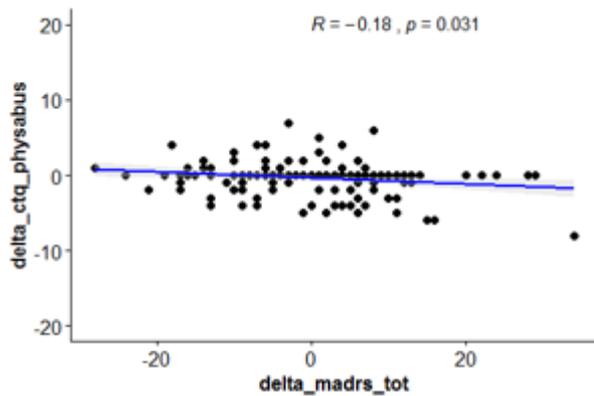
**Annexe 6 : Graphe de Bland et Altman, variation du score de Négligence émotionnelle par rapport à la valeur initiale**



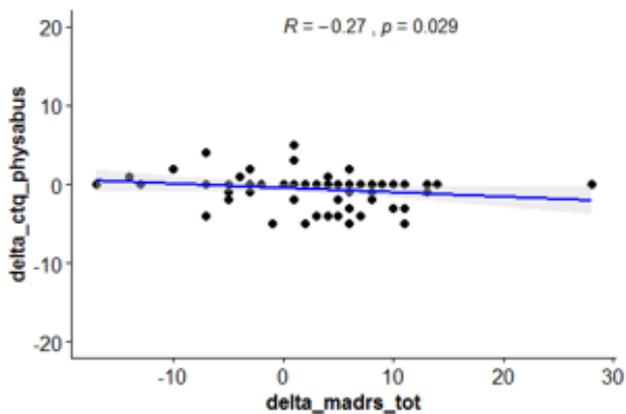
**Annexe 7 : Graphe de Bland et Altman, variation du score d'Abus sexuel par rapport à la valeur initiale**



***Annexe 8 : Corrélation entre la variation du score à la MADRS et la variation du score d'Abus Physique, sur l'échantillon total***



***Annexe 9 : Corrélation entre la variation du score à la MADRS et la variation du score d'Abus Physique, dans le sous-groupe de patients déprimés aux deux temps***



## SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## Résumé :

**Contexte :** Le recueil rétrospectif des maltraitances vécues dans l'enfance est parfois critiqué étant donné le risque d'influence de la psychopathologie sur la fiabilité des réponses.

**Objectif :** Nous étudions la stabilité du rapport des traumatismes dans l'enfance à 6 mois d'intervalle chez des patients adultes.

**Participants et cadre :** 164 patients hospitalisés aux CHU de Montpellier, Nancy et Créteil et ayant réalisé une tentative de suicide dans leur vie ont été inclus.

**Méthodologie :** Les maltraitances dans l'enfance ont été recueillies par le CTQ, la symptomatologie dépressive par la MADRS et la BDI. La stabilité et la reproductibilité du CTQ ont été évaluées par l'ICC et le kappa pondéré. L'ICC a également été calculé dans des sous-groupes selon le niveau de dépression (score total MADRS  $\geq$  ou  $<$  12) et la présence d'idées suicidaires (score item 10 MADRS  $\geq$  ou  $<$  2). Nous avons aussi mesuré la corrélation entre la variation des symptômes dépressifs et du score CTQ.

**Résultats :** L'ICC et le kappa pondéré étaient respectivement de 0,88(IC95%=[0,84;0,91]) et 0,71(IC95%=[0,60;0,82]) pour le score d'abus physique, 0,88(IC95%=[0,83;0,91]) et 0,72(IC95%=[0,62;0,82]) pour l'abus sexuel, 0,84(IC95%=[0,79;0,88]) et 0,68(IC95%=[0,60;0,76]) pour l'abus émotionnel, 0,73(IC95%=[0,65;0,80]) et 0,49(IC95%=[0,40;0,59]) pour la négligence émotionnelle et 0,65(IC95%=[0,54;0,73]) et 0,46(IC95%=[0,35;0,56]) pour la négligence physique. Les ICC étaient inchangés après stratification sur l'intensité de la dépression ou la présence d'idées suicidaires. Seule la variation du score d'abus physique était corrélée à la variation du score MADRS ( $r=-0,18, p=0,03$ ).

**Conclusion :** Le CTQ est stable et reproductible indépendamment du niveau de dépression ou de la présence d'idées suicidaires.

**Mots-clés :** dépression, maltraitance, psychométrie, CTQ