



HAL
open science

Enquête en ligne portant sur les liens entre difficultés de sommeil, dysrégulation des émotions et comportements à risque chez des adultes ultramarins âgés de 18 à 30 ans

Cyndy Gatibelza

► To cite this version:

Cyndy Gatibelza. Enquête en ligne portant sur les liens entre difficultés de sommeil, dysrégulation des émotions et comportements à risque chez des adultes ultramarins âgés de 18 à 30 ans. *Psychiatrie et santé mentale*. 2024. dumas-04770855

HAL Id: dumas-04770855

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04770855v1>

Submitted on 7 Nov 2024

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 4.0 International License



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024.

Nr de thèse : 2024-159

Enquête en ligne portant sur les liens entre difficultés de sommeil, dysrégulation des émotions et comportements à risque chez des adultes ultramarins âgés de 18 à 30 ans

Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2024

Pour obtenir le diplôme d'État de

Docteur en Médecine

Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie

Par

Cyndy GATIBELZA

Président du Jury : Professeur Jean-Marc GUILÉ

Membres du Jury : Professeur Cécile MANAOUIL

Docteur Cécile CROVETTO

Docteur Ugo PACE

Directeur de thèse : Docteur Xavier BENAROUS

DEDICACES

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de Psychiatrie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

*Votre accompagnement, votre disponibilité et votre bienveillance tout au long de mon parcours ont été
une source précieuse de motivation et d'inspiration.*

Vos enseignements ont éveillé en moi une curiosité qui guide aujourd'hui ma pratique médicale.

Soyez assuré de mon plus sincère respect et de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine Légale et droit de la santé)

Chef du Service de Médecine Légale et Sociale

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.

Très sensible à cet honneur, je vous prie ici de trouver l'expression de mes remerciements.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Cécile CROVETTO

Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Je te remercie de me faire l'honneur d'être présente dans mon jury de thèse.

Je te remercie pour ton accessibilité et ta bienveillance.

J'aurais beaucoup appris à ton contact et travailler avec toi a été un plaisir.

Trouve ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Ugo PACE

Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Responsable du service filières – Pôle Pédopsychiatrie EPSM de la Somme

Je te remercie de me faire l'honneur d'être présent dans mon jury de thèse.

*Merci pour ton accessibilité, tes conseils, et pour m'avoir transmis l'intérêt du travail institutionnel en
milieu intra-hospitalier*

J'ai eu l'occasion d'apprendre beaucoup à ton contact.

Trouve ici l'expression de mon plus sincère respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'encadrer ma thèse.

Tes conseils précieux ont été essentiels tout au long de la rédaction.

Je te suis reconnaissante pour les connaissances que tu m'as transmises durant mon internat et qui ont éveillé mon intérêt pour la pédopsychiatrie dès ma première année.

Reçois l'expression de mon profond respect et de ma gratitude sincère.

REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail,

À mes parents, pour votre amour, votre présence, votre soutien, votre réconfort dans les moments difficiles, merci ! Votre accompagnement durant ce parcours m'a permis d'en arriver là !

À ma sœur, présente à tous les instants et depuis toujours (enfin depuis ta naissance !), merci pour ta patience et ton soutien durant l'élaboration de cette thèse. J'ai hâte de te mettre ton épitoge !

À ma grand-mère, mon étoile, pour ton soutien sans faille durant ce parcours du combattant, merci !

À mon parrain et à ma tante Stella, merci pour le soutien que vous m'avez apporté au cours de mes études de médecine.

À mon grand-père, Papy Loulou, j'ai suivi ton conseil : « j'ai fait ce que je voulais faire et non ce que les autres voulaient que je fasse. »

À Cler'Esa, un grand merci pour ton aide, ta disponibilité et tes précieux conseils durant ces dernières semaines.

À ma filleule, ma pupuce, pour tes encouragements et ton soutien, merci !

À ma marraine, pour ses encouragements durant mon externat, merci !

À ma famille, aux oncles et tantes, aux cousins qui m'ont soutenue durant tout mon parcours, merci !

À vous les filles, Edwyna, Lucie et Emma, sans vous, cet internat n'aurait pas été pareil.

À Gabriela, ma co-pilote durant ces derniers mois, merci !

À mes co-internes amiénois, aux membres du bureau de l'APIP, vous avez été des co-internes avec qui l'internat a été agréable à traverser.

À ma partenaire de crime Clujoise, Ines, tout a commencé au Iulius Mall... « TMTC » comme on dit, enfin bref, nous voilà consœurs !

À Mélissa et Sarah, mes « p'tits bouts de soleil » durant mon externat, je n'oublierai jamais notre rencontre et nos soirées filles.

À mon avocate préférée, Olivia, merci pour ton soutien durant toutes ces années ! (et un grand merci au Mont St Michel)

Aux amitiés improbables, nées durant nos premières années de médecine à Créteil, Valentine et Minh-Uyen, merci pour vos encouragements et votre soutien !

Aux « sistas de choc », Rebecca et Priscillia, te pup', mési anpil !

Aux amis de la famille, Marie-Francillia, Nicole, Monique, Nathalie, pour votre présence et votre soutien, merci !

Aux « chefs » psychiatres/pédopsychiatres, aux équipes infirmières, aux psychologues, aux secrétaires médicales, aux assistantes sociales, à la psychopédagogue qui m'ont accueillie dans leurs services, merci pour le partage de votre savoir et pour tous les bons moments partagés durant mes années d'internat.

« Chaque génération doit dans une relative opacité, découvrir sa mission, la remplir ou la trahir. »

Frantz FANON Les Damnés de la terre

RESUME

Introduction : Cette étude a examiné les liens entre difficultés de sommeil, dysrégulation émotionnelle et comportements à risque chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans originaires des Départements d’Outre-Mer (DROM).

Matériel et méthodes : Etude transversale sous forme d’enquête en ligne créée à l’aide de l’outil LimeSurvey. La passation s’est faite d’août à septembre 2024 avec une diffusion sur les réseaux sociaux. Sur 237 sujets recrutés, 105 ont été inclus. Les informations collectées incluaient outre des informations socio-démographiques, les questionnaires Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Difficulties Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-SF), l’Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI), et l’inventaire de vingt comportements à risque extrait de l’étude CARMAC. Les données ont été analysées via Excel et par des tests non paramétriques.

Résultats : Des scores plus élevés à l’HADS et au DERS-SF étaient retrouvés chez ceux ayant eu un suivi psychiatrique et/ou psychologique mais les différences n’étaient pas significatives pour le PSQI et l’inventaire CARMAC. On retrouve une association significative entre la sévérité des difficultés de sommeil et de dysrégulation émotionnelle.

Conclusion : Cette étude a montré un lien entre difficultés de sommeil, dysrégulation émotionnelle, modulé par l’existence d’un suivi psychologique. Des recherches futures sont nécessaires pour explorer le lien avec les comportements à risque.

Mots-clés : difficultés de sommeil ; dysrégulation émotionnelle ; comportements à risque ; adultes ; Départements d’Outre-Mer (DROM) ; étude transversale ; insomnie ; conduites ordaliques

ABSTRACT

Introduction: This study examined the links between sleep difficulties, emotional dysregulation, and risky behaviors among young adults aged 18 to 30 from the French Overseas Departments (DROM).

Material and methods: Cross-sectional study using an online survey created with the LimeSurvey tool. The data collection took place from August to September 2024. Of 237 subjects recruited, 105 were included. The information collected included, in addition to socio-demographic information, the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Difficulties Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-SF), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the inventory of twenty risky behaviors issued from the CARMAC study. Data were analyzed using non-parametric statistical analysis tests and Excel.

Results: Higher HADS and DERS-SF scores were found in participants with current or prior psychiatric and/or psychologic follow-up. However, the differences were not statistically significant for the PSQI and the CARMAC inventory. We found a significant association between the severity of sleep difficulties and emotional dysregulation.

Conclusion: This study showed a link between sleep difficulties and emotional dysregulation, modulated by the existence of psychological care. Future research is needed to explore the link between these clinical dimensions and risky behaviors.

Keywords: sleep difficulties; emotional dysregulation; risky behaviors; adults; French Overseas Departments (DROM); cross-sectional study; insomnia; ordalic behaviors

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	19
A.	PRINCIPES DE CETTE ETUDE	19
B.	DEFINITION DES CONCEPTS UTILISES	20
1)	<i>Difficultés et troubles du sommeil</i>	20
2)	<i>Dysrégulation émotionnelle</i>	21
3)	<i>Comportements à risque</i>	23
4)	<i>Spécificité population ultramarine</i>	24
C.	PROBLEMATIQUES	27
II.	METHODOLOGIE	28
A.	TYPE D'ETUDE	28
B.	POPULATION CIBLE	28
C.	MODE DE COLLECTE DES DONNEES	28
D.	OUTILS DE MESURE	29
E.	PROCEDURE	30
F.	STATISTIQUE	31
III.	RESULTATS	32
A.	DESCRIPTIONS PARTICIPANTES	32
B.	RESULTATS DES QUESTIONNAIRES REALISES	34
C.	COMPARAISON DES SCORES SELON L'EXISTENCE D'UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE	37
D.	CORRELATIONS ENTRE LES SCORES	38
IV.	DISCUSSION	40
A.	RESUME ET INTERPRETATION DES RESULTATS PRINCIPAUX	40
B.	LIMITES DE L'ETUDE	42
C.	PERSPECTIVES DE RECHERCHE	42
V.	CONCLUSION	43
VI.	BIBLIOGRAPHIE	45
VII.	ANNEXE	51
	ANNEXE 1. DERS-SF	51
	ANNEXE 2 . HADS	53
	ANNEXE 3 . PSQI	55
	ANNEXE 4 . PROPOSITION « EXTRAIT DE L'ETUDE DE CARMAC (20 ITEMS) »	57
	ANNEXE 5. TABLEAUX DES CORRELATIONS DE SPEARMAN ENTRE LES SOUS-SCORES DU DERS-SF ET LES AUTRES VARIABLES	60
	ANNEXE 6. TABLEAUX DES CORRELATIONS DE SPEARMAN ENTRE LES SOUS-SCORES DE L'EXTRAIT DE L'INVENTAIRE DE CARMAC ET LE PSQI	62
VIII.	TABLE DES ILLUSTRATIONS	65
	TABLEAUX	65
	FIGURES	65

ABREVIATIONS

CAR : Comportements A Risque

CARMAC : Conduites A Risque chez les adolescents porteurs de Maladies Chroniques

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DCSAD : Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders

DERS-SF : Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form

DOM : Départements Outre-Mer

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HPA : l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

ICSD : Classification Internationale des Troubles du Sommeil

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MCS : Maladie Chronique Somatique

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PGF : Population Générale Française

PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index

RGPD : Règlement Général de Protection des Données

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

TDC : Thérapie Comportementale Dialectique

I. Introduction

A. Principes de cette étude

Le sommeil est une fonction biologique essentielle qui assure la récupération physique et mentale. Il correspond à une baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil (1). En plus de restaurer les fonctions cognitives et comportementales, le sommeil joue un rôle crucial dans le maintien de l'homéostasie, influençant différents systèmes physiologiques, comme le système cardiovasculaire, métabolique et immunitaire. De nombreuses études épidémiologiques ont démontré qu'un sommeil de mauvaise qualité avait des conséquences négatives sur la santé globale (2).

Chez les jeunes adultes les difficultés de sommeil sont une source de préoccupation majeure. Elles sont fréquemment associées à une perturbation de la régulation des émotions et à des comportements à risque. Hershner & Chervin (2014) montrent que les troubles du sommeil, comme l'insomnie et l'apnée obstructive, exacerbent la dysrégulation émotionnelle(3). Les jeunes adultes issus des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) sont souvent soumis à des facteurs de stress liés à de multiples facteurs de précarité sociale (en particulier économique) associés à l'exposition à de nombreux facteurs d'adversité parfois en lien avec l'histoire colonial de ces territoires (4)(5). Ces éléments, spécifiques aux DROM, viennent s'ajouter aux causes des difficultés de sommeil telles que le stress académique ou l'usage excessif des technologies (par exemple les écrans), majorant encore la vulnérabilité psychologique de cette population.

Les comportements à risque, incluant la consommation de substances et l'automutilation, peuvent être compris comme des manifestations d'une dysrégulation émotionnelle exacerbée par des troubles du sommeil (6). Une dysrégulation émotionnelle persistante est un facteur de risque de développer de nombreux troubles psychopathologiques comme la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité borderline(7). Palmer & Alfano (2017) ont démontré que les troubles du sommeil amplifient les difficultés à réguler les émotions, augmentant ainsi les comportements impulsifs et autodestructeurs(8).

Cette étude explore les liens entre les difficultés de sommeil, la régulation des émotions et les comportements à risque chez les jeunes adultes des DROM. Elle s'intéresse également au rôle protecteur possible du suivi psychologique et/ou psychiatrique, dans le but d'identifier des solutions pour améliorer la régulation des émotions et réduire ces comportements à risque dans cette population.

B. Définition des concepts utilisés

1) Difficultés et troubles du sommeil

Classifications

Les troubles du sommeil peuvent être vus comme une catégorie spécifique de difficultés de sommeil, se manifestant sous forme de pathologies reconnues et diagnostiquées, tandis que d'autres formes de difficultés peuvent être plus légères, mais néanmoins perturbantes. Ainsi, toute difficulté de sommeil n'implique pas nécessairement un trouble du sommeil caractérisé.(9)(10)

En effet, selon Coelho et al. (2022), un trouble du sommeil est un état pathologique lié à un dysfonctionnement du sommeil qui interfère avec la santé physique et mentale des personnes (11). Les troubles du sommeil, aussi appelés troubles de l'alternance veille-sommeil, englobent des dysfonctionnements affectant la qualité, la quantité, ou les rythmes du sommeil. La première classification diagnostique des troubles du sommeil et de l'éveil (Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders - DCSAD) a été proposée en 1979. Actuellement, il existe trois classifications. Chacune de ces classifications propose une définition et répertorie les troubles du sommeil avec plus ou moins de précision. Ces définitions sont généralement comparables mais différent souvent sur quelques points.

Ces trois classifications sont :

1. La Classification Internationale des Maladies (CIM), élaborée par l'OMS et actuellement dans sa 11e édition, est la seule classification reconnue par les autorités de santé.
2. Le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), développé par l'Association Américaine de Psychiatrie, propose une classification des troubles du sommeil depuis sa 3e édition.
3. La Classification Internationale des Troubles du Sommeil (ICSD), en est actuellement à sa 3e édition et est utilisée en médecine du sommeil. Elle se distingue par ses critères objectifs.

Le DSM-5 identifie dix groupes de troubles, incluant l'insomnie, l'hypersomnie, la narcolepsie, les troubles du rythme circadien et les troubles respiratoires liés au sommeil, comme l'apnée obstructive. Chaque trouble a des répercussions sur la santé physique et mentale, ce qui souligne l'importance d'une bonne prise en charge (2)(3).

Prévalence

Une étude menée en 2017 par Santé Publique France révélait que 13,1% des 18-75 ans déclaraient des symptômes suggérant une insomnie chronique, 16,9% des femmes et 9,1% des hommes ($p < 0,001$), une prévalence similaire étant observée chez les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans) (12).

Chez les jeunes adultes, les troubles du sommeil étaient particulièrement répandus, avec 10 % à 22 % d'entre eux souffrant d'insomnie. Des facteurs tels que le stress académique, les horaires irréguliers, et l'usage excessif des technologies numériques contribuaient à ces troubles (3). La restriction de sommeil sévère et la restriction de sommeil par 24 heures étaient plus fréquentes parmi les 18-25 ans, pour les hommes comme pour les femmes, et concernaient entre 25% et 30% des personnes.(12)

Selon l'enquête INSV/MGEN 2023, la prévalence de ces troubles a augmenté. En effet, 37% des Français étaient insatisfaits de la qualité de leur sommeil, en majorité les femmes (44%). L'enquête a montré que l'insomnie, les troubles du rythme veille sommeil sont fortement associés à cette qualité de sommeil insuffisante. 42% ont déclaré souffrir d'au moins un trouble du sommeil (soit principalement : Insomnie 20% et Troubles du rythme du sommeil 17%).(13)

Impact sur la santé mentale

Les troubles du sommeil sont associés à un risque accru de troubles psychiatriques, tels que la dépression, l'anxiété et les troubles bipolaires. L'insomnie, en particulier, est souvent un prédicteur de la dépression et peut aggraver les symptômes anxieux et dépressifs lorsqu'elle n'est pas traitée (14). Des études ont démontré que les perturbations du sommeil influencent les systèmes neurobiologiques impliqués dans la régulation de l'humeur, notamment l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) et les systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques (15). Cette dysrégulation émotionnelle entraîne des comportements impulsifs et à risque, tels que l'abus de substances, l'automutilation et un risque accru de suicide chez les jeunes adultes souffrant de troubles du sommeil (16).

2) Dysrégulation émotionnelle

Définition

La régulation des émotions a été conceptualisée comme l'ensemble des processus par lesquels les individus modulent leurs émotions, consciemment et inconsciemment pour répondre de manière appropriée aux exigences environnementales (17). La dysrégulation émotionnelle est un concept central en psychologie, désignant l'incapacité à moduler efficacement ses émotions dans des situations variées. Les personnes souffrant de dysrégulation émotionnelle présentent souvent des réponses émotionnelles disproportionnées ou inappropriées, ce qui peut entraîner des comportements impulsifs, des difficultés interpersonnelles et des troubles psychopathologiques. Ce phénomène est particulièrement marqué dans des troubles comme la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité borderline(7). La nécessité d'une intervention précoce chez les jeunes souffrant de dysrégulation émotionnelle serait primordiale. En effet, elle contribuerait aux comportements suicidaires chez les jeunes (18)(19) et aurait un impact sur la santé mentale à long terme chez les adolescents souffrant de troubles de l'humeur (20).

Mécanismes psychologiques impliqués

Les modèles théoriques actuels suggèrent que la régulation des émotions implique plusieurs étapes : l'identification de l'émotion, son expression et sa modulation (21). Cette dysrégulation survient lorsque ces processus sont perturbés, conduisant à des difficultés dans la gestion des émotions négatives. Par exemple, une personne peut soit surexprimer ses émotions, soit les réprimer de manière inadéquate, augmentant ainsi le stress émotionnel(22). On distingue donc, trois étapes :

1. Identification des émotions : la dysrégulation émotionnelle commence souvent par une mauvaise identification des émotions. Les personnes concernées peuvent être incapables de reconnaître correctement leurs émotions, ce qui limite leur capacité à les gérer efficacement.(23)
2. Expression et modulation : une fois l'émotion identifiée, son expression et sa modulation sont cruciales. Les personnes souffrant de dysrégulation émotionnelle peuvent être soit excessivement expressives (colère intense, explosions émotionnelles) soit inhiber complètement leurs émotions, empêchant ainsi une gestion saine des affects. L'usage de stratégies inadaptées de régulation, telles que la suppression ou la rumination, est fréquemment observé.(24) Chez les adolescents à risque de troubles anxieux, ces stratégies de régulation inappropriées, démontrerait que l'absence d'outils de régulation appropriés aggraverait la sévérité des symptômes.(25)(26)

La dysrégulation émotionnelle est aussi liée à des anomalies neurobiologiques, notamment dans le cortex préfrontal et le système limbique, impliqués dans le contrôle et la régulation des émotions. Des dysfonctionnements dans l'amygdale et les connexions neuronales avec le cortex préfrontal peuvent altérer la capacité à gérer efficacement les réponses émotionnelles.(27)(28)

Contribution à la psychopathologie

La dysrégulation émotionnelle est fortement impliquée dans le développement de troubles psychopathologiques, tel que les comportements à risque. Par exemple, dans les troubles de la personnalité borderline, les fluctuations rapides des émotions et les comportements impulsifs (automutilation, agressivité) sont en partie dus à une dysrégulation émotionnelle persistante (29). Elle est également un facteur de maintien des symptômes dans les troubles anxieux et dépressifs (24). Des interventions comme la thérapie comportementale dialectique (TDC) visent spécifiquement à enseigner aux patients des stratégies pour mieux réguler leurs émotions, avec des résultats encourageants (30). De récents travaux sur une thérapie comportementale adaptée aux adolescents présentant des troubles de l'humeur, ont obtenus des résultats prometteurs dans la réduction de l'impulsivité et de la dysrégulation émotionnelle (31).

3) Comportements à risque

Typologie des comportements à risque

Les comportements à risque ou « conduites à risque » sont des actions qui augmentent la probabilité de conséquences négatives pour la santé ou le bien-être de l'individu(32). Ils exposent l'individu à des conséquences négatives pour sa santé physique, émotionnelle ou sociale. Parmi les principaux comportements à risque, nous trouvons :

- l'automutilation : c'est un comportement auto-agressif visant à soulager des émotions intenses, souvent observé chez les individus souffrant de troubles de la personnalité, notamment borderline (33).
- l'usage de substances : tel que la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments pour échapper à la détresse émotionnelle (34).
- Les tentatives de suicide : elles sont souvent liées à une souffrance émotionnelle profonde et à des troubles mentaux comme la dépression et l'anxiété (35).
- les comportements à risque liés à la conduite : Ils incluent les excès de vitesse, la conduite sous influence d'alcool ou de drogues et le non-port de la ceinture de sécurité. Ils sont souvent motivés par une recherche de sensations fortes ou un manque de régulation des impulsions. Ces comportements augmentent le risque d'accidents graves, notamment chez les jeunes adultes (36).
- les relations sexuelles à risque : elles incluent des rapports non protégés ou sous l'influence de substances, souvent motivés par des émotions comme l'anxiété sociale. La dépression et l'anxiété augmentent la vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées.(37)
- les troubles alimentaires : ce sont des comportements extrêmes liés à la régulation du poids, tels que l'anorexie (restriction alimentaire sévère), la boulimie (cycles de suralimentation suivis de purges) et les accès hyperphagiques (surconsommation incontrôlée). Ils sont souvent en réponse à des émotions négatives ou à une image corporelle déformée (38). La dysrégulation émotionnelle, l'anxiété et la dépression exacerbent ces troubles, en particulier chez les adolescents et jeunes adultes (39).

Liens entre dysrégulation émotionnelle et comportements à risque

La dysrégulation émotionnelle est un facteur clé dans l'apparition des comportements à risque. Elle pousse les individus à adopter des comportements impulsifs comme l'automutilation et l'usage de substances pour obtenir un soulagement temporaire (6). Des comportements tels que l'automutilation ou la consommation excessive d'alcool sont utilisés pour éviter ou minimiser des sentiments négatifs (40).

Comportements à risque liés aux troubles émotionnels et à la qualité du sommeil

Le sommeil joue un rôle central dans la régulation des émotions. Des troubles du sommeil, comme l'insomnie, sont associés à une augmentation des comportements à risque. En effet, un mauvais sommeil altère les circuits neuronaux impliqués dans la gestion du stress (8). Le manque chronique de sommeil intensifie les symptômes de l'anxiété et de la dépression, augmentant ainsi la probabilité de comportements destructeurs (41).

4) Spécificité population ultramarine

Études antérieures sur la santé mentale des jeunes adultes des DROM

Le Dictionnaire Larousse définit « ultramarin » principalement comme un adjectif se rapportant aux territoires d'outre-mer français. C'est un terme utilisé pour qualifier les régions françaises situées en dehors du continent européen. Selon l'INSEE, ce terme est utilisé pour définir les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

Ils comprennent des territoires comme la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte. Ils présentent des spécificités géographiques, sociales et économiques qui influencent directement la santé mentale des jeunes adultes. Par rapport à l'Hexagone, ces régions connaissent une fréquence plus importante de problèmes de santé mentale tels qu'une prévalence plus élevée d'anxiété et de dépression. Ces troubles sont souvent attribués à la précarité économique, aux discriminations et à l'isolement insulaire.

Les précédentes études menées sur la santé mentale dans les DROM révélaient une situation préoccupante. En effet, l'enquête « Santé Mentale en Population Générale » (SMPG), qui a porté sur des régions comme la Martinique, la Guadeloupe et Mayotte, avait montré que les troubles psychiques touchaient une part importante de la population, notamment en Guadeloupe où 34 % des habitants étaient affectés en 2014, principalement des femmes et des jeunes. Une étude sur l'océan Indien a mis en lumière que La Réunion présente un risque plus élevé de troubles mentaux chez les personnes à faibles revenus. (42) Le Baromètre Santé DOM 2014, a révélé une forte prévalence des épisodes dépressifs à La Réunion (8,4 %), et un taux de tentatives de suicide (7 %), supérieur à celui observé en Guadeloupe, Martinique et Guyane. (43) L'enquête Santé DOM 2019 a témoigné ces tendances, en indiquant que la dépression concernait 20 % de la population à Mayotte, un chiffre supérieur aux autres DROM et à la métropole.(44)

Facteurs socio-culturels influençant les difficultés de sommeil et les comportements à risque

Dans les DROM, des facteurs socio-culturels accroissent les troubles du sommeil et les comportements à risque chez les jeunes adultes. La pression sociale, les attentes familiales et le manque de perspectives professionnelles sont des éléments clés qui favorisent l'apparition de troubles du sommeil, souvent liés à des troubles anxieux et dépressifs. La consommation d'alcool et de drogues est également courante, encouragée par un sentiment de désœuvrement. Charles-Nicolas (2018) et Dussol (2014), ont supposé que ces comportements à risque sont aussi influencés par un contexte d'acculturation lié à l'histoire colonial où les jeunes adultes naviguent entre plusieurs identités culturelles, ce qui complique leur équilibre psychologique.(45)(46)(47) Cette dynamique est renforcée par les stigmates sociaux et la marginalisation économique persistante. Moro M.R (2000) a également exploré comment les représentations sociales héritées de la colonisation affectent la santé mentale dans ces territoires en insistant sur l'importance de tenir compte de ces spécificités pour une prise en charge adaptée. (48)(49)

Spécificités des jeunes adultes des DROM en termes de vulnérabilité psychologique et sociale

Les jeunes adultes des DROM sont confrontés à une précarité sociale et économique exacerbée par des taux de chômage élevés. En 2023, le taux de chômage des jeunes était de 31% en Guadeloupe pour les 15-29 ans, 38% à La Réunion pour les 15-24 ans, 22% en Guyane, et 24 % en Martinique, contre 49% des jeunes adultes vivant en France métropolitaine(50). En outre, le taux de chômage global dans les départements d'outre-mer dépasse les 12 %, à l'exception de la Martinique (10,8 %). Ces chiffres limitent considérablement les perspectives professionnelles et amplifient les risques de troubles mentaux et de comportements à risque. La précarité sociale et économique seraient un cumul de vulnérabilité sur la santé mentale des jeunes adultes, notamment ceux des populations migrantes et des DROM.(51) (52)

Spécificités accès aux soins en psychiatrie des DROM

Du fait de sa géographie, les DROM ont une organisation sanitaire particulière. En effet, les Antilles, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, si, en Martinique et en Guadeloupe, la structure d'âge est proche de celle de la métropole, la population est nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane (44). Il existe une disparité d'accès aux soins en santé mentale sur le territoire français. En effet, en 2021 dans les territoires ultramarins, le taux de psychiatres est de 9,78 pour 100 000 habitants, bien en-dessous du taux de 27,40 observé en Île-de-France ou des 14,60 dans la région des Hauts-de-France (53) En 2019, la Guyane et Mayotte étaient les seules régions françaises, avec la Corse en métropole, à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) et étaient également les deux régions ultramarines à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Mayotte se distingue particulièrement des quatre autres DROM par une capacité très réduite en hospitalisation. (44)

Ainsi, les adultes des DROM, sont confrontés à des défis socio-économiques et psychologiques importants, accentués par des taux de chômage élevés et un accès limité aux services de santé. Il est essentiel que les politiques publiques tiennent compte de ces spécificités pour proposer des solutions adaptées et améliorer la prise en charge dans ces territoires.

C. Problématiques

Les difficultés de sommeil sont un problème de santé majeur chez les jeunes adultes, souvent associés à une dysrégulation des émotions et à des comportements à risque. Chez les jeunes adultes originaires des DROM, ces problématiques peuvent être majorées par des facteurs spécifiques à leur environnement culturel et socio-économique. Les DROM sont souvent marqués par des contextes d'un passé colonial et esclavagiste, des différences d'accès aux soins, de migration et des conditions de vie particulières. Ces derniers peuvent influencer le bien-être mental et la santé physique des adultes. De plus, des facteurs tels que la séparation géographique des proches, le stress migratoire et des conditions de travail précaires peuvent impacter la qualité du sommeil et la régulation des émotions.

Cette étude vise à comprendre les liens entre la sévérité des difficultés du sommeil, la dysrégulation des émotions et les comportements à risque chez les jeunes adultes ultramarins. De plus, elle prend en compte la présence d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique afin de déterminer si un soutien professionnel peut atténuer ces effets. Cette dimension est particulièrement importante dans ce contexte, où l'accès aux soins psychologiques et/ou psychiatriques peut être inégal ou limité.

Les objectifs principaux sont 1) de déterminer si les difficultés de sommeil chez les jeunes adultes des DROM sont associés à la sévérité des manifestations de dysrégulation émotionnelle et des comportements à risque, et 2) de déterminer le possible rôle protecteur d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique sur ces relations.

Les hypothèses de cette étude sont les suivantes :

- H1 : Les difficultés de sommeil sont associées à une dysrégulation émotionnelle accrue chez les adultes ultramarins âgés entre 18 et 30 ans.
- H2 : La dysrégulation émotionnelle sont associées à une à une plus grande fréquence des comportements à risque chez les adultes ultramarins âgés entre 18 et 30 ans.
- H3 : L'existence d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique modère la sévérité des difficultés de sommeil en améliorant la régulation émotionnelle et en réduisant les comportements à risque chez les adultes ultramarins âgés entre 18 et 30ans.

Répondre à ces questions permettra de combler un manque dans la littérature concernant ces aspects en tenant compte de la spécificité des DROM, en termes historique, de conditions économiques et de leur rapport à l'hexagone, qui peuvent influencer la santé.

II. Méthodologie

A. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive et analytique réalisée via un auto-questionnaire rempli en ligne. Ce type d'étude permet de recueillir des données à un moment donné afin d'explorer les liens entre plusieurs variables, notamment les difficultés de sommeil, la dysrégulation émotionnelle et les comportements à risque.

B. Population cible

La population étudiée concerne des adultes ultramarins âgés de 18 à 30 ans inclus, résidant ou étant originaires des DROM. La sélection des participants implique les deux paramètres suivants, soit « *un des parents est originaire d'un des DROM au moins* », soit « *cette personne a grandi dans un des DROM avant ses 18 ans* ». La tranche d'âge 18-30ans fut choisi car c'est une population qui représente des caractéristiques spécifiques sur différents plans : biologique, psychologique, sociale et économique. En effet, cette population est marquée par des transitions majeures, comme l'entrée dans l'âge adulte, la fin des études et l'accès au monde du travail (54). Ces différentes transitions peuvent générer du stress et des troubles psychologiques.(55) De plus, jusqu'à l'âge de 25ans, le cerveau termine sa maturation, notamment dans les zones liées à la prise de décision, au contrôle des impulsions et à la gestion des émotions. (54).

Cette population est également confrontée à des vulnérabilités spécifiques, telles que la consommation de substances, des troubles alimentaires, et présentent des pics d'incidence pour certaines pathologies mentales comme la dépression et l'anxiété. (56) C'est également durant cette tranche d'âge qu'émerge des questionnements et des expériences identitaires (54) De plus, les défis socio-économiques, comme la précarité de l'emploi et les dettes étudiantes, influencent leur bien-être, ainsi que les habitudes de vie pouvant impacter leur vie future. (57)

C. Mode de collecte des données

Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne auto-administré, diffusé à l'aide de la plateforme LimeSurvey. Cette plateforme a été choisie pour sa capacité à personnaliser les questionnaires, à sécuriser les données et à respecter les normes de protection des données personnelles (RGPD). La collecte des données a eu lieu entre août 2024 et septembre 2024. Le questionnaire a été diffusé via des réseaux sociaux pour atteindre un large échantillon d'adultes ultramarins, en particulier sur Facebook, Instagram, touchant un nombre total de 237 personnes.

- Facebook® est un réseau social. Il permet aux utilisateurs de publier des photos, des vidéos, des documents, des images et des fichiers. Il permet aussi de rejoindre et de créer des groupes, d'échanger des messages ainsi que d'utiliser différentes applications sur différents appareils électroniques. La diffusion du questionnaire put se faire via des groupes communautaires, des pages dédiés aux ultramarins, mon compte personnel et ceux de mes connaissances.
- Instagram® est également un réseau social, il permet de partager des vidéos et des photos avec des amis et d'autres utilisateurs qui suivent le profil ou le compte de la personne. D'autres fonctionnalités permettent de créer des « story (histoires)» (images ou vidéos durant 24heures), ainsi que le lancement de flux en direct grâce auxquels un ou plusieurs utilisateurs peuvent interagir en temps réel avec leurs suiveurs. La diffusion du questionnaire put se faire via des liens sur mon compte personnel et ceux de mes connaissances auprès des adultes ultramarins

D. Outils de mesure

Le questionnaire comprenait les auto-questionnaires suivants pour évaluer les variables d'intérêt :

- DERS-SF (Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form) : un questionnaire qui mesure les difficultés de régulation émotionnelle à travers 18 questions. Il évalue six sous-dimensions spécifiques tel que la non-acceptation des réponses émotionnelles, la difficulté à adopter un comportement orienté vers un objectif, les difficultés de contrôle des impulsions, le manque de conscience émotionnelle, l'accès limité aux stratégies de régulation des émotions et le manque de clarté émotionnelle (Kaufman, et al. 2015). Chaque item est noté sur une échelle de Likert de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours), et un score élevé indique une dysrégulation émotionnelle accrue. Cette échelle a été validée sur une population adolescente par (Kaufman et al. 2015) et sur une population adulte par Victor et al. (2016)(58)(59)
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) : échelle utilisée pour détecter les symptômes d'anxiété et de dépression chez les individus. Elle comprend 14 items, répartis en deux sous-échelles : 7 items pour l'anxiété et 7 pour la dépression. Chaque item est noté de 0 à 3, donnant un score total entre 0 et 21 pour chacune des sous-échelles. Un score supérieur à 8 pour l'anxiété ou la dépression indique la présence de symptômes cliniques significatifs. L'échelle HAD est un auto-questionnaire structuré de 14 items qui a été développé par Zigmond et Snaith (1983) afin de dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes.(60)
- PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) : questionnaire standardisé utilisé pour évaluer la qualité du sommeil au cours du dernier mois. Il comprend 19 questions organisées en 7 composantes principales : la qualité subjective du sommeil, la latence du sommeil, la durée du sommeil, l'efficacité du sommeil, les troubles du sommeil, l'utilisation de médicaments pour dormir, le dysfonctionnement diurne. Un score global supérieur à 5 indique une mauvaise qualité du sommeil. Il a été développé et validé au milieu des années 1980 par une équipe de l'Université de Médecine de Pittsburgh (Etats-Unis).

- Inventaire de comportements à risque de l'étude CARMAC : le questionnaire de l'étude CARMAC (Conduites A Risques et adolescents porteurs de Maladies Chroniques) est utilisé pour évaluer la prévalence des Conduites à Risque (CAR) chez les adolescents suivis pour maladies chroniques somatiques reconnue en ALD, avec comparaison à la population générale française, ajustée sur âge et genre. Dans cette étude, 20 items spécifiques ont été sélectionnés pour analyser des comportements à risque tels que : la consommation de substances, la conduite sous influence, les comportements sexuels à risque, les jeux de hasard, la violence, et l'auto-mutilation. Ces items sont répartis en 5 sous-échelles. Les réponses sont codées pour établir des scores sur l'intensité ou la fréquence des comportements à risque, avec une proposition de cotation permettant de classer les participants en fonction de leur exposition à ces comportements. Chaque item est noté sur une échelle de Likert de 1 (jamais) à 5 (toujours), et un score élevé indique un comportement à risque accrue.
- Suivi psychologique ou psychiatrique : une question spécifique a demandé aux participants s'ils ont eu un suivi psychologique et/ ou psychiatrique. Cette variable a été codée de façon dichotomique (Oui/Non) et a permis d'examiner les différences entre les participants ayant eu un suivi psychologique/psychiatrique et ceux n'en ayant pas eu. Cela a permis également d'explorer si ces différents suivis ont pu jouer un rôle modérateur dans les relations entre les difficultés de sommeil, la régulation des émotions et les comportements à risque.
- Autres informations socio-démographiques dont les lieux de résidences actuels et durant l'enfance, ainsi que l'activité professionnelle.

E. Procédure

Le questionnaire a été hébergé sur LimeSurvey, une plateforme sécurisée qui garantit la protection des données personnelles. Au moment de la diffusion du questionnaire, les destinataires étaient informés des raisons et objectifs de ce partage, du temps moyen nécessaire pour répondre à toutes les questions et que le seul critère requis pour y répondre était d'avoir entre 18 et 30 ans. Le questionnaire a été diffusé principalement via des réseaux sociaux (Facebook, Instagram) pour atteindre les adultes ultramarins. Avant de commencer le questionnaire, une page introductive a permis d'expliquer les droits des participants et la manière dont leurs données seront traitées.

Les données ont été anonymisées et sécurisées, conformément aux directives du RGPD. Une déclaration auprès du CNIL a été faite pour garantir la conformité de l'étude avec les réglementations françaises (n° de dossier 2234716vO). Les réponses ont été collectées de manière qu'aucune information personnelle identifiable ne puisse être reliée à un participant.

Le recrutement a été basé sur le volontariat avec un objectif minimal de 100 participants. L'échantillonnage a été en ligne via les réseaux sociaux, en ciblant les adultes ultramarins âgés de 18 à 30 ans inclus.

F. Statistique

Les données ont été exportées depuis LimeSurvey et analysées à l'aide de Microsoft Excel. Pour les analyses descriptives, nous avons calculé les moyennes, les médianes, les écarts-types, les fréquences et pourcentages pour décrire les variables. Des tests de normalité ont été calculés afin de vérifier la distribution des scores de notre échantillon tel que le test de Shapiro-Wilk a été réalisé pour les 4 échelles (PSQI, extrait de l'étude de CARMAC, HADS, DERS-SF). Les hypothèses de normalité étant été rejetées pour l'ensemble des scores, nous avons donc utilisés des tests non paramétriques pour la suite de notre analyse qui n'exigent pas une normalité des données. Par exemple, nous avons utilisées les test de Mann-Whitney pour l'analyse des scores en fonction du suivi psychologique et/ou psychiatrique, les calculs des Odds-Ratio (OR) afin d'établir une prédiction de la probabilité d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique en fonction des scores (et sous-scores de l'HADS), les tests de Kruskal-Wallis pour analyser les scores en fonction des groupes de lieux de résidences et le test de Spearman pour analyser des corrélations entre les différents scores et sous-scores. Des graphes et tableaux croisés dynamiques ont été créés avec Excel pour illustrer les résultats de manière compréhensible et clair.

III. Résultats

A. Descriptions participantes

Au total, 237 sujets ont été recrutés pour cette étude. Cependant, 95 d'entre eux n'ont pas répondu à toutes les questions du questionnaire ou ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Pour finir, 142 sujets ont répondu à l'intégralité du questionnaire. Parmi eux, 28 avaient plus de 30 ans, 9 n'étaient pas originaires d'un DROM, et 105 répondaient aux critères d'inclusion.

La figure 1 montre la répartition des participants en fonction du genre et des tranches d'âge. La majorité des participants étaient des femmes (77 %), tandis que 21 % étaient des hommes et 2 % appartenaient à une autre catégorie de genre. La répartition des âges ne montre pas de différence significative entre les groupes, les participants étant principalement répartis entre les tranches d'âge de 18-24 ans et 25-30 ans.

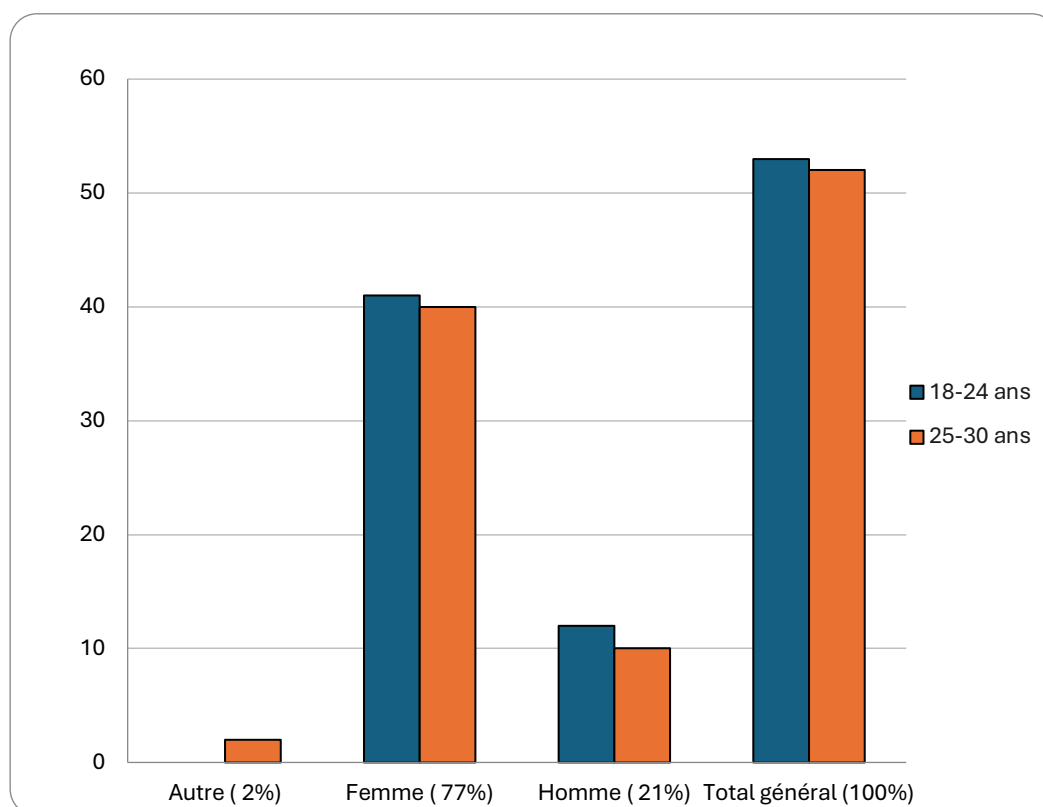


Figure 1. Répartition des participants en fonction des genres et tranches d'âges

Dans le tableau 1, concernant les suivis psychiatriques et psychologiques, nous avons observé que 95 % des hommes et 93 % des femmes n'ont pas bénéficié de suivi psychiatrique. Cependant, en ce qui concerne le suivi psychologique, ces proportions diminuent respectivement à 77 % pour les hommes et 69 % pour les femmes, indiquant une augmentation notable de l'accès ou du recours à un suivi psychologique comparé au suivi psychiatrique. Pour

les autres genres, il y a une répartition égale, soit 50% avait / n'avait pas eu un suivi psychologique, cependant aucun n'avait eu un suivi psychiatrique.

Concernant les tranches d'âge, les jeunes de 18-24 ans sont plus représentés parmi ceux ayant eu un suivi psychologique (34 %) par rapport aux 25-30 ans (25 %). Cependant, très peu de personnes dans les deux tranches d'âge n'ont bénéficié d'un suivi psychiatrique (5 % des 18-24 ans et 4 % des 25-30 ans).

Concernant les activités professionnelles, les étudiants sont la catégorie ayant eu le plus suivi psychologique (38 %) mais également le plus de suivi psychiatrique. Cependant, la majorité des personnes sans emploi, des travailleurs et des étudiants n'ont pas bénéficié de suivi psychologique (81 %).

Concernant le lieu de résidence actuel, les participants résidant en Martinique (67 %) et à l'étranger (60 %) ont eu un suivi psychologique plus élevé. La majorité des résidents dans les autres régions n'ont pas eu de suivi (60 -100 %). Également, très peu de participants ont eu un suivi psychiatrique, excepté en Martinique (33 %) et à l'étranger (40 %).

Concernant le lieu de résidence durant l'enfance, la Guadeloupe (25 %) et la Martinique (80 %) ont une proportion importante de participants ayant eu un suivi psychologique. La majorité des participants ayant grandi dans d'autres régions n'ont pas eu de suivi (64 -100 %). Il y a un faible taux de participants ayant eu un suivi psychiatrique, mais la Martinique se distingue (40 %).

En conclusion, la majorité des participants n'ont bénéficié d'aucun suivi. Les étudiants et les jeunes adultes de 18-24 ans semblent avoir été les plus suivis. Certaines régions, comme la Martinique et l'étranger, présentent des taux de suivi plus élevés.

Tableau 1. Description des caractéristiques socio-démographiques des participants avec ou sans suivi psychologue et/ou psychiatrique

Modalité	Suivi psychologique		Suivi psychiatrique	
	Oui	Non	Oui	Non
Genre, n (%)				
Homme	5 (23%)	17 (77%)	1 (5%)	21 (95%)
Femme	25 (31%)	56 (69%)	6 (7%)	75 (93%)
Autre	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (100%)
Tranches d'âge, n (%)				
18-24 ans	18 (34%)	35 (66%)	5 (9%)	48 (91%)
25-30 ans	13 (25%)	39 (75%)	2 (4%)	50 (96%)
Activité professionnelle, n(%)				
Sans emploi	3 (23%)	10 (77%)	1 (8%)	12 (92%)
Travailleur (se)	6 (19%)	26 (81%)	2 (6%)	30 (94%)
Etudiant (e)	21 (38%)	35 (63%)	4 (7%)	52 (93%)
Autres	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (100%)
Lieux de résidence actuels, n(%)				
en Guyane	1 (25%)	3 (75%)	1 (25%)	3 (75%)
en Guadeloupe	10 (28%)	26 (72%)	1 (3%)	35 (97%)
en Hexagone (France métropolitaine) dans un DROM et en Hexagone (France métropolitaine)	12 (25%)	36 (75%)	4 (8%)	44 (92%)
à La Réunion	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)
en Martinique	2 (67%)	1 (33%)	1 (33%)	2 (67%)
à l'étranger	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	5 (100%)
dans plusieurs DROM et en Hexagone (France métropolitaine)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Lieux de résidence durant l'enfance, n(%)				
à Mayotte	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)
en Guadeloupe	17 (25%)	51 (75%)	3 (4%)	65 (96%)
en Martinique	4 (80%)	1 (20%)	2 (40%)	3 (60%)
en Hexagone (France métropolitaine)	4 (36%)	7 (64%)	1 (9%)	10 (91%)
en Guyane	1 (14%)	6 (86%)	0 (0%)	7 (100%)
à La Réunion	3 (33%)	6 (67%)	0 (0%)	9 (100%)
dans un DROM et en Hexagone (France métropolitaine)	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	3 (100%)
dans plusieurs DROM	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)

B. Résultats des questionnaires réalisés

La figure 2 montre les résultats du questionnaire HADS, qui évalue l'anxiété (sous-score A) et la dépression (sous-score D). Au total 19% des participants avaient un sous-score A supérieur à 7 évocateur d'un niveau d'anxiété cliniquement significatif et 56% des participants avaient un sous-score D évocateur d'un niveau de dépression cliniquement significatif.

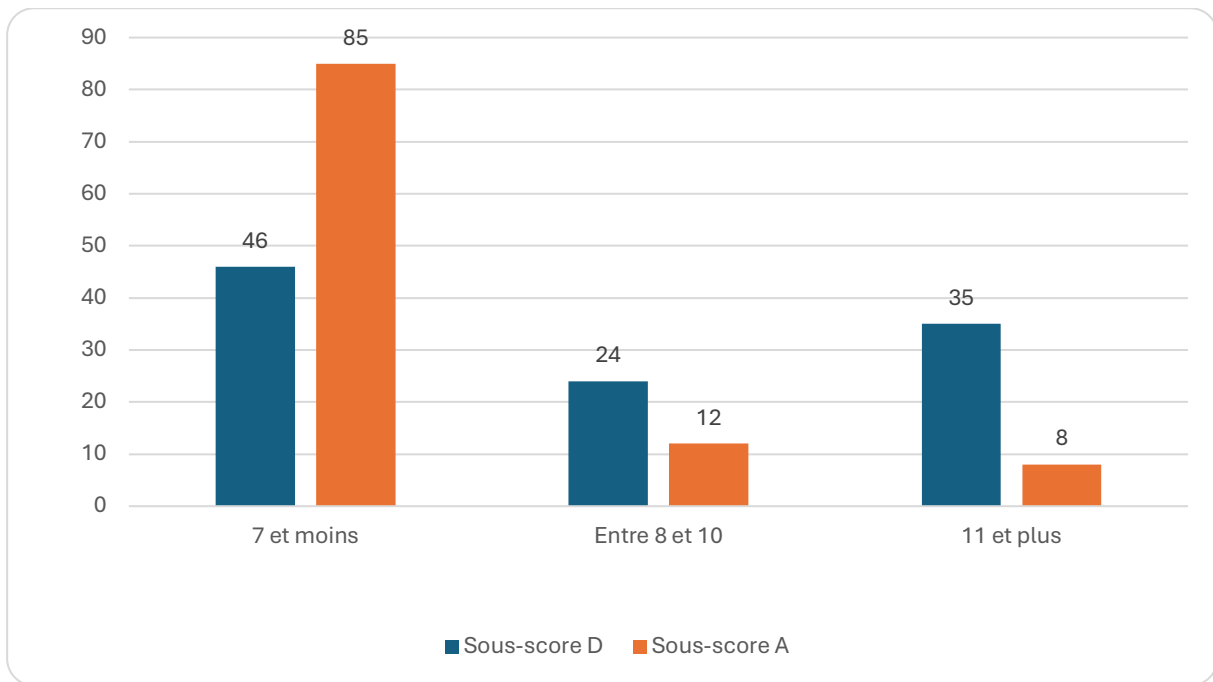


Figure 2. Répartition en fonction du groupe des scores HADS

La figure 3 montre les résultats du questionnaire DERS-SF, qui évalue les difficultés de régulation émotionnelle. Au total 47 % des participants présentaient une symptomatologie de dysrégulation émotionnelle, dont 15 % avec une symptomatologie sévère.

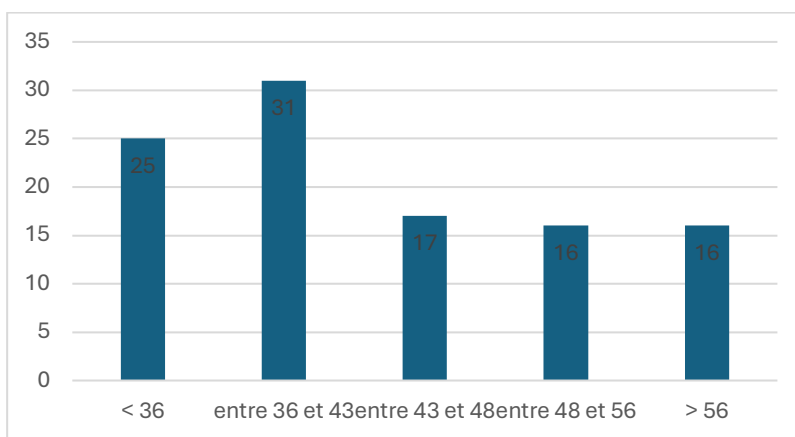


Figure 3. Répartition en fonction du groupe des scores DERS-SF

La Figure 4 illustre les scores issus de l'extrait de l'étude CARMAC, portant sur les comportements à risque. Au total 95 % des participants avaient des scores compris entre 20 et 40, correspondant à un faible niveau de comportement à risque, tandis que 5 % avaient un score compris entre 41 et 60, indiquant un niveau modéré de risque.

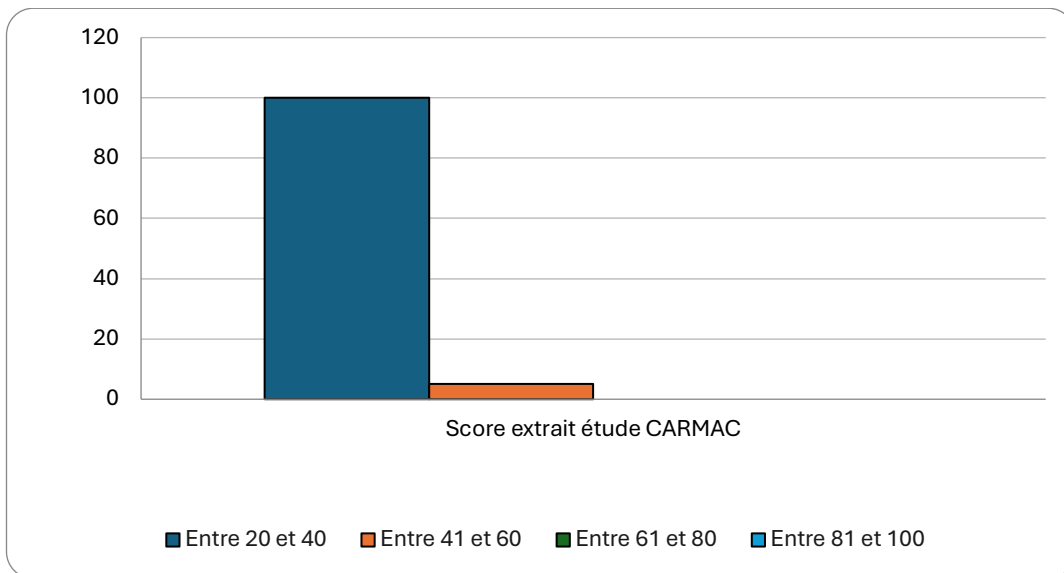


Figure 4. Répartition en fonction du groupe des scores de l'extrait de l'étude de CARMAC

La figure 5 montre les résultats du questionnaire PSQI, qui évalue la qualité du sommeil. Au total 72 % des participants avaient un score supérieur à 5, indiquant une mauvaise qualité du sommeil.

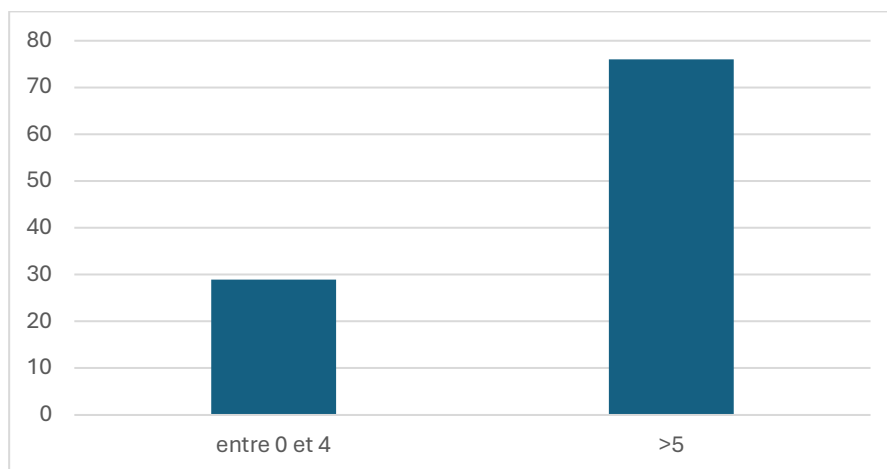


Figure 5. Répartition en fonction du groupe de score du PSQI

C. Comparaison des scores selon l'existence d'un suivi psychologique ou psychiatrique

Les participants ayant bénéficié d'un suivi présentaient un score DERS-SF de $44,94 \pm 9,63$ comparé à $42,92 \pm 10,31$ chez les participants qui ne rapportaient pas de suivi. Le test de Shapiro étant significatif ($W = 0.956, p = .002$), un Test de Mann-Whitney a été conduit, retrouvant une différence significative entre les deux groupes ($p < .001$).

Les participants ayant bénéficié d'un suivi présentaient un score HADS de $17,09 \pm 6,26$ comparé à $12,70 \pm 7,78$ chez les participants qui ne rapportaient pas de suivi. Le test de Shapiro étant significatif ($W = 0.956, p = .002$), un Test de Mann-Whitney a été conduit, retrouvant une différence significative entre les deux groupes ($p = .001$).

Les participants ayant bénéficié d'un suivi présentaient un score PSQI de $6,69 \pm 3,27$ comparé à $6,81 \pm 3,24$ chez les participants qui ne rapportaient pas de suivi. Le test de Shapiro étant significatif ($W = 0.956, p = .002$), un Test de Mann-Whitney a été conduit, ne retrouvant pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = .826$).

Les participants ayant bénéficié d'un suivi présentaient un score inventaire de CARMAC de $28,47 \pm 8,08$ comparé à $27,85 \pm 5,03$ chez les participants qui ne rapportaient pas de suivi. Le test de Shapiro étant significatif ($W = 0.956, p = .002$), un Test de Mann-Whitney a été conduit, ne retrouvant pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = .660$).

Le Tableau 2 présente les probabilités d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique en fonction des scores

Un OR de 1,130 indique que pour chaque augmentation d'une unité du sous-score A, la probabilité d'avoir eu un suivi psychiatrique et/ou psychologique augmente de 13 %. Cette relation est statistiquement significative ($p = 0,049$), ce qui montre que l'anxiété est liée à une plus grande probabilité d'avoir eu un suivi.

Un OR de 1,161 suggère une augmentation de 16 % de la probabilité d'avoir eu un suivi pour chaque point supplémentaire au sous-score de dépression, mais cette valeur n'est pas statistiquement significative ($p = 0,071$), même si elle est proche du seuil de 0,05.

L'OR de 0,888 signifie qu'une augmentation du score PSQI (mauvaise qualité du sommeil) est associée à une probabilité légèrement plus faible d'avoir eu un suivi psychiatrique et/ou psychologique, mais la relation n'est pas statistiquement significative ($p = 0,147$).

L'OR de 1,028 indique que l'effet du score DERS-SF sur la probabilité d'avoir eu un suivi est faible et non significatif ($p = 0,254$), ce qui signifie que la dysrégulation émotionnelle ne semble pas avoir d'influence marquée sur la probabilité d'avoir eu un suivi.

L'OR de 1,019 montre que l'impact des comportements à risque sur la probabilité d'avoir eu un suivi est faible et non significatif ($p = 0,626$), ce qui suggère que ce facteur n'est pas un prédicteur majeur d'avoir eu un suivi psychiatrique et/ou psychologique.

Tableau 2. Odds-ratio de la probabilité d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique en fonction des scores

Colonne1	OR	2.5 %	97.5 %	p
Intercept	0,024	0,001	0,459	0,015*
Sous-score A	1,130	1,002	1,282	0,049*
Sous-score D	1,161	0,989	1,373	0,071 .
PSQI	0,888	0,749	1,037	0,147
DERS-SF	1,028	0,980	1,077	0,254
CARMAC	1,019	0,939	1,097	0,626

D. Corrélations entre les scores

Le tableau 3 montre des corrélations faibles entre le score de l'inventaire CARMAC et les autres variables, avec une corrélation modérée seulement avec le score PSQI ($r_s = 0.21$). De manière similaire, les scores HADS présentent des corrélations faibles avec les autres variables. En revanche, les scores DERS-SF montrent une corrélation plus élevée avec les scores PSQI ($r_s = 0.39$), indiquant une relation significative entre la qualité du sommeil et les difficultés de régulation émotionnelle.

Tableau 3. Matrice des corrélations de Spearman entre les scores de l'étude

Variables	CARMAC.	HADS	DERS.SF	PSQI
CARMAC.				
HADS	$r_s = 0.067$ $p = 0.498$			
DERS-SF	$r_s = 0.103$ $p = 0.2964$	$r_s = 0.084$ $p = 0.3941$		
PSQI	$r_s = 0.208$ $p = 0.03316$	$r_s = 0.196$ $p = 0.04529$	$r_s = 0.394$ $p = 3.258e-05$	

Corrélations entre les sous-groupes du DERS-SF et les autres variables

Nous avons aussi calculé des corrélations entre les sous-groupes du DERS-SF et les autres variables (Annexe 5). Nous constatons que tous les sous-scores sauf « conscience émotionnelle » ont des corrélations significatives avec la qualité de sommeil (score PSQI), suggérant que la régulation émotionnelle a un impact significatif sur la qualité de sommeil. Les scores d'HADS et les sous-scores : « Conscience émotionnelle, Impulsivité, Objectifs et Non-acceptation » sont tous liés de manière significative aux symptômes d'anxiété et/ou de dépression. La « Conscience émotionnelle » présente la corrélation la plus forte ($r_s = -0.5694$,

$p < 0.001$), indiquant une forte association entre une faible conscience émotionnelle et l'augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression.

Corrélation entre les sous-groupes de l'extrait de CARMAC et le PSQI

Les corrélations entre les sous-groupes de l'extrait de l'inventaire de CARMAC et le PSQI (Annexe 6) ont également été calculées. La corrélation entre le PSQI et la consommation de substances (scores 1 à 6) ($r_s = 0.033, p = 0.736$) n'est pas significative, suggérant que, dans cet ensemble de données, la qualité du sommeil n'influence pas directement la consommation de substances.

Une corrélation forte et significative existe entre la consommation de substances et les comportements à risque globaux ($r_s = 0.769, p < 0.001$). Par conséquent, plus la consommation de substances est élevée, plus les comportements à risque globaux sont prononcés.

Il n'y avait pas de relation significative entre la qualité du sommeil et les comportements sexuels à risques (scores 7 à 9) dans cet ensemble de données ($r_s = 0.037, p = 0.710$). Nous suggérons que la qualité du sommeil n'influence pas directement ces comportements dans cet échantillon.

Une corrélation modérée à forte entre les comportements sexuels à risques et les comportements à risque globaux ($r_s = 0.499, p < 0.001$) a été trouvée. Cela signifie que les individus qui s'engagent dans des comportements sexuels à risque sont également plus susceptibles d'adopter d'autres comportements à risque.

La corrélation entre la qualité du sommeil (PSQI) et les comportements impulsifs et illégaux (scores 10 à 15) est presque inexistante, avec une p-value très élevée ($p=0.952$). Il n'existe donc pas de lien significatif entre la qualité du sommeil et les comportements impulsifs et illégaux. La corrélation entre les comportements impulsifs et illégaux (10 à 15) et le score CARMAC est modérée, avec une p-value de 0.001. Une association significative est possible entre des comportements impulsifs et illégaux et un score CARMAC plus élevé.

La corrélation entre le PSQI et les comportements suicidaires est modérée et statistiquement significative ($r_s = 0.49, p = 0.002$). Une mauvaise qualité de sommeil est donc liée à des pensées ou des comportements suicidaires.

La corrélation entre Pensées/Comportements suicidaires (16 à 18 - SCORE) et les comportements à risque globaux (CARMAC - SCORE) ($r_s = 0.68, p < 0.001$) est forte et significative, montrant une association claire entre des pensées/comportements suicidaires et des comportements à risque.

Il y a une corrélation modérée et significative entre la qualité du sommeil et les difficultés interpersonnelles et la gestion de la colère ($r_s = 0.27, p = 0.005$). Cela suggère que les personnes ayant une mauvaise qualité de sommeil ont également plus de difficultés à gérer leurs relations et à contrôler leur colère.

La corrélation est modérée et hautement significative entre les problèmes interpersonnels/ gestion de la colère, nous montre que les problèmes interpersonnels et la mauvaise gestion de la colère sont fortement liés aux comportements à risque ($r_s = 0.380, p < 0.001$).

IV. Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner les relations entre la sévérité des difficultés de sommeil, la dysrégulation émotionnelle et les comportements à risque chez les adultes ultramarins âgés de 18 à 30 ans, tout en évaluant l'influence d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique sur ces variables. Nos hypothèses de recherche portaient sur les liens entre les difficultés de sommeil et la dysrégulation des émotions et l'effet d'un suivi psychologique et psychiatrique sur ces relations.

A. Résumé et interprétation des résultats principaux

Les résultats de notre étude confirment partiellement les hypothèses initiales. Les analyses de corrélation montrent une association modérée entre les difficultés de sommeil (mesurées par le score PSQI) et la dysrégulation émotionnelle (mesurées par le score DERS-SF), corroborant l'hypothèse d'une relation positive entre ces deux variables. Le graphique en annexe illustre cette relation, où les personnes ayant des troubles du sommeil présentent généralement des difficultés plus marquées dans la régulation des émotions. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, qui suggère que le sommeil joue un rôle crucial dans la gestion des émotions.

Bien que nous ayons observé une corrélation modérée entre les scores de dysrégulation émotionnelle et certains comportements à risque (via l'inventaire CARMAC), cependant la relation attendue n'a pas été clairement mise en évidence. Les résultats montrent une absence de corrélation forte entre les difficultés de sommeil et les comportements à risque, suggérant que d'autres facteurs pourraient influencer cette relation. Ainsi, bien que la dysrégulation émotionnelle soit associée à certains comportements à risque, elle ne semble pas jouer un rôle médiateur direct entre les troubles du sommeil et ces comportements dans cette population spécifique.

Nous avons observé des différences significatives dans les scores de dysrégulation émotionnelle et de symptômes anxio-dépressifs (DERS-SF et HADS) entre les individus ayant bénéficié d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique et ceux qui n'en ont pas eu. Ces résultats indiquent que le suivi psychologique semble avoir eu un effet bénéfique sur le modérateur, en particulier sur la régulation émotionnelle. Cependant, les scores des comportements à risque (scores inventaire de CARMAC) ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes, suggérant que le suivi psychologique n'a pas eu d'impact direct sur la réduction des comportements à risque.

En conclusion, cette étude révèle plusieurs aspects importants concernant les caractéristiques socio-démographiques, les suivis psychiatriques et psychologiques, ainsi que les scores des différentes échelles d'évaluation (HADS, DERS-SF, PSQI, CARMAC). La majorité des participants n'ont pas bénéficié de suivi psychiatrique ni psychologique, mais les jeunes (18-24 ans) et les étudiants étaient les plus susceptibles d'avoir consulté. Les régions comme la Martinique et l'étranger présentent des taux de suivi psychologique plus élevés que d'autres régions.

En ce qui concerne les scores, les résultats montrent que les participants ayant eu un suivi psychiatrique et/ou psychologique ont des scores significativement plus élevés pour le HADS (anxiété et dépression) et le DERS-SF (dysrégulation émotionnelle), suggérant que les troubles émotionnels et mentaux sont des facteurs plus souvent associés à un recours aux soins. En revanche, la qualité du sommeil (PSQI) et les comportements à risque (inventaire de CARMAC) ne montrent pas de différences significatives entre ceux ayant eu un suivi et ceux qui n'en ont pas eu.

Les analyses de corrélations révèlent une relation significative entre les difficultés de régulation émotionnelle et les difficultés de sommeil, soulignant l'importance d'une approche globale pour mieux comprendre les interactions entre ces variables. En effet, les résultats montrent que plusieurs aspects de la régulation émotionnelle (en particulier la « Conscience émotionnelle » et la « Stratégie ») sont fortement associés à la santé mentale et au bien-être, tant en termes de symptômes psychologiques (anxiété/dépression) que de qualité de sommeil. Des interventions suggérant d'améliorer la régulation émotionnelle pourrait potentiellement améliorer ces domaines.

De plus, ces analyses suggèrent également que la qualité du sommeil n'a pas d'effet direct sur la consommation de substances ni sur les comportements sexuels à risque, mais elle est étroitement liée aux pensées suicidaires et aux comportements à risque globaux. L'amélioration de cette dernière pourrait avoir un impact modéré sur certains comportements à risque mais elle n'influence pas directement les comportements impulsifs ou illégaux, qui sont davantage liés à d'autres facteurs psychologiques. Cependant, la consommation de substances est fortement associée aux comportements à risque. Toutefois, la qualité du sommeil joue un rôle crucial dans la régulation de l'humeur, des difficultés interpersonnelles, et de la gestion de la colère. Ainsi, aborder les difficultés sommeil pourrait contribuer à réduire les pensées suicidaires et les comportements à risque, tout en améliorant la gestion de la colère et les relations interpersonnelles.

En résumé, cette étude met en lumière la prévalence de certains troubles psychologiques parmi les jeunes et les étudiants, tout en soulignant que l'anxiété semble être un facteur clé associé à la consultation de professionnels de la santé mentale. Elle suggère également que, chez les adultes ultramarins, les difficultés de sommeil sont un facteur important dans la dysrégulation émotionnelle, ce qui renforce l'importance du sommeil dans la gestion des émotions. Cependant, la relation complexe entre la sévérité des difficultés de sommeil, la régulation émotionnelle et les comportements à risque n'est pas entièrement linéaire. Il est possible que des facteurs externes interviennent dans ces processus tels que la pression sociale, le stress environnemental ou des facteurs socio-économiques particuliers aux DROM (départements et régions d'outre-mer).

De plus, les suivis psychologiques joueraient un rôle primordial dans l'amélioration de la régulation émotionnelle, ce qui soulignerait l'importance d'offrir un accompagnement professionnel à cette population. Cependant, l'effet modérateur du suivi sur les comportements à risque demeure limité dans cette étude. Cela laisserait supposer que des stratégies complémentaires pourraient être nécessaires, pour influencer les comportements à risque, par exemple des interventions comportementales ou éducatives.

B. Limites de l'étude

Nous avons constaté plusieurs limites pour cette étude. En effet, la taille de l'échantillon peut avoir restreint la puissance statistique de certaines analyses, particulièrement pour l'évaluation des corrélations intermédiaires des variables. De plus, nous avons remarqué que les mesures auto-rapportées utilisées pour évaluer les difficultés de sommeil et les comportements à risque peuvent introduire un biais de réponse, notamment en raison de la sensibilité des questions. Nous avons également constaté que 77% participants ont été des femmes, créant un biais de genre et un seul participant provenait de Mayotte, limitant ainsi la représentativité des données pour cette étude. Un échantillonnage plus équilibré serait nécessaire pour refléter avec précision les diverses perspectives démographiques. Enfin, le caractère transversal de cette étude limite la possibilité de tirer des conclusions causales sur les relations entre les variables.

C. Perspectives de recherche

Pour approfondir ces résultats, il serait intéressant d'envisager plusieurs pistes de recherche futures. En effet, l'élaboration d'études longitudinales permettrait de mieux comprendre les mécanismes étiologiques impliqués et de suivre l'évolution des variables dans le temps. Une exploration des facteurs culturels et environnementaux par des études qualitatives ou mixtes serait approprié. En effet, les adultes ultramarins peuvent être exposés à des facteurs socio-culturels et économiques spécifiques qui influenceraient leurs comportements et leurs santé mentales.

L'évaluation spécifique de l'efficacité d'interventions centrées sur la gestion des émotions ou sur le sommeil pourrait aider à mieux comprendre comment améliorer les résultats de santé mentale et réduire les comportements à risque dans cette population.

De plus, la comparaison des symptômes dépressifs et anxieux chez cette populations avec des populations saines et les données de l'hexagone permettrait de mieux comprendre les différences épidémiologiques, les facteurs de vulnérabilité et les spécificités culturelles. Cela permettrait d'adapter les stratégies de santé publique et des interventions cliniques aux besoins de la santé mentale entre les territoires.

Il serait également intéressant d'examiner la nature et l'intensité du suivi psychologique et/ou psychiatrique reçu, afin de déterminer quels types d'interventions serait le plus efficaces pour améliorer la régulation émotionnelle et réduire les comportements à risque.

V. Conclusion

En conclusion, cette étude confirme que la sévérité des difficultés de sommeil sont fortement associés à une dysrégulation émotionnelle chez les jeunes adultes ultramarins, et que le suivi psychologique peut jouer un rôle clé dans l'amélioration de la gestion des émotions. Toutefois, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les relations complexes entre ces facteurs et les comportements à risque.

VI. Bibliographie

1. Inserm [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Sommeil · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>
2. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet Lond Engl*. 24 mars 2012;379(9821):1129-41.
3. Hershner SD, Chervin RD. Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nat Sci Sleep*. 23 juin 2014;6:73-84.
4. Eynaud M. Psychiatrie en outre-mer : un ensemble de diversités au service de l'universel. *Inf Psychiatr*. 21 sept 2022;98(7):503-4.
5. Bonin H. Roinsard Nicolas, Une situation postcoloniale. Mayotte ou le gouvernement des marges, Paris, CNRS Éditions, 2022, 352 p. ISBN 978-2-271-14205-4, 26 euros. Henry Martial, Regards sur 50 ans d'histoire de Mayotte, 1972-2022 (entretiens réalisés par Emmanuel Tusevo-Diasamvu), Paris, L'Harmattan, 2023, 108 p. ISBN 978-2-14-030888-8, 13,50 euros. Kamardine Mansour, L'enfant de Sada. Au cœur du destin de Mayotte (entretiens avec Emmanuel Tusevo Diasamvu), Paris, L'Harmattan, 2022, 192 p. ISBN 978-2-14-029274-3, 20 euros. *Outre-Mers*. 25 sept 2023;418419(1):337-40.
6. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 1 mars 2004;26(1):41-54.
7. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:379-405.
8. Palmer CA, Alfano CA. Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Med Rev*. févr 2017;31:6-16.
9. Carskadon M, Dement W. Normal Human Sleep: An Overview. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. M.H. Kryger (Ed.). WB Saunders Phila. 1 janv 1989;3-13.
10. Mogavero MP, Lanza G, Ferini Strambi L, DelRosso LM, Ferri R. Sleep and sleep disorders. In: Grafman JH, éditeur. *Encyclopedia of the Human Brain (Second Edition)* [Internet]. Oxford: Elsevier; 2025 [cité 14 sept 2024]. p. 388-404. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128204801000267>
11. Coelho J, Quilès C, Geoffroy PA, Micoulaud-Franchi JA. La santé du sommeil en psychiatrie : à la croisée de la physiologie et de la santé publique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2022;180(7):692-701.
12. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 14 sept 2024]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
13. Sommeil, croyances, santé mentale et éco-anxiété. Enquête INSV/MGEN - Journée du sommeil® 2023 [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 14 sept 2024]. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/sommeil-croyances-sante-mentale-et-eco-anxiete-enquete-insv-mgen-journee-du-sommeil-2023/>

14. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* déc 2011;135(1-3):10-9.
15. Banks S, Dinges DF. Behavioral and Physiological Consequences of Sleep Restriction. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 août 2007;3(5):519-28.
16. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* févr 2010;46(2):124-32.
17. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):25-52.
18. Delaplace R, Garny de La Rivière S, Bon Saint Come M, Lahaye H, Popov I, Rey N, et al. Sleep and disruptive mood dysregulation disorder: A pilot actigraphy study. *Arch Pédiatrie.* 1 juill 2018;25(5):303-8.
19. Benarous X, Consoli A, Cohen D, Renaud J, Lahaye H, Guilé JM. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1 mai 2019;28(5):667-83.
20. Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guilé JM. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *J Affect Disord.* 15 mars 2020;265:207-15.
21. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol Inq.* 2015;26(1):1-26.
22. Werner K, Gross J. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. 1 janv 2010;
23. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Hilt LM. Emotion dysregulation as a mechanism linking peer victimization to internalizing symptoms in adolescents. *J Consult Clin Psychol.* oct 2009;77(5):894-904.
24. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 1 mars 2010;30(2):217-37.
25. Zimmermann P, Iwanski A, Çelik F. [Emotion Regulation and Emotional Vulnerability in Adolescents with Anxiety Disorders]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2015;64(7):527-44.
26. Cisler JM, Olatunji BO. Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 1 juin 2012;14(3):182-7.
27. Etkin A, Büchel C, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation. *Nat Rev Neurosci.* nov 2015;16(11):693-700.
28. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci.* mai 2005;9(5):242-9.

29. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. xvii, 558 p. (Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder).
30. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* août 2014;59:40-51.
31. Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 févr 2017;65(1):5-13.
32. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* déc 1991;12(8):597-605.
33. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* mars 2007;27(2):226-39.
34. Sinha R. Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Ann N Y Acad Sci.* 1 oct 2008;1141(1):105-30.
35. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet Lond Engl.* 23 juin 2012;379(9834):2373-82.
36. Scott-Parker B, Watson B, King MJ, Hyde MK. Young and unlicensed: risky driving before entering the licensing system. *Traffic Inj Prev.* 2012;13(3):213-8.
37. Cooper ML, Shapiro CM, Powers AM. Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: a functional perspective. *J Pers Soc Psychol.* déc 1998;75(6):1528-58.
38. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* sept 2002;128(5):825-48.
39. Levinson JA, Kinkel-Ram S, Myers B, Hunger JM. A Systematic Review of Weight Stigma and Disordered Eating Cognitions and Behaviors. *Body Image.* mars 2024;48:101678.
40. Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci.* 1 avr 2009;18(2):78-83.
41. Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Med Rev.* avr 2012;16(2):129-36.
42. Masson E. EM-Consulte. [cité 11 sept 2024]. Facteurs de risque sociodémographiques et troubles mentaux : modèle global et spécificités locales, d'après les résultats de l'enquête « santé mentale en population générale » dans 18 sites internationaux. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1183867/figures/facteurs-de-risque-sociodemographiques-et-troubles>
43. SPF. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale [Internet]. [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-dom-2014.-sante-mentale>

44. Ministère De La Santé (DREES). Enquête santé DOM - 2019 [Internet]. Centre d'Accès Sécurisé aux Données (CASD); 2022 [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <http://datapresentation.casd.eu/10.34724/CASD.658.4525.V1>
45. Charles-Nicolas A. L'actualité de Frantz Fanon, psychiatre martiniquais. VST - Vie Soc Trait. 1 mai 2006;89(1):37-42.
46. Charles-Nicolas A, Bowser BP. L'esclavage : quel impact sur la psychologie des populations ? Paris: Idem Editions; 2018. 555 p.
47. Dussol V. Vulnérabilité et « créolité » : implications éthiques dans le soin. Éthique Santé. 1 mars 2014;11(1):13-7.
48. Baubet T, Moro MR. L'approche ethnopsychiatrique. Enfances Psy. 2000;12(4):111-7.
49. Elsevier Masson SAS [Internet]. [cité 13 sept 2024]. Psychopathologie transculturelle | Livre | 9782294719080. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/psychopathologie-transculturelle-9782294719080.html>
50. En 2023, la moitié des Guadeloupéens en âge de travailler ont un emploi - Insee Flash Guadeloupe - 202 [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8179426>
51. Tortelli A, Sauzé D, Skurnik N. Capital social, santé mentale et immigration. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juill 2017;175(6):573-6.
52. Moro MR. 12 - Psychothérapie transculturelle des migrants. In: Quintilla Y, Pelissolo A, éditeurs. Thérapeutiques en Psychiatrie [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 18 sept 2024]. p. 333-53. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294739088000124>
53. Densité de psychiatres en activité régulière (tous modes d'exercice). Hauts-de-France versus autres régions. 2021 [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/densite-psychiatres-activite-reguliere-tous-modes-dexercice-hauts-france-versus-autres-regions-2021.html>
54. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. Am Psychol. mai 2000;55(5):469-80.
55. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. juin 2005;62(6):593-602.
56. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet Lond Engl. 11 juin 2016;387(10036):2423-78.
57. Schulenberg JE, Sameroff AJ, Cicchetti D. The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. Dev Psychopathol. 2004;16(4):799-806.
58. Kaufman EA, Xia M, Fosco G, Yaptangco M, Skidmore CR, Crowell SE. The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples. J Psychopathol Behav Assess. 1 sept 2016;38(3):443-55.

59. Victor SE, Klonsky ED. Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in Five Samples. *J Psychopathol Behav Assess.* 1 déc 2016;38(4):582-9.
60. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry.* 16 déc 2014;14:354.

VII. Annexe

Annexe 1. DERS-SF

Proposition de traduction en Français, validée par Dr. Benarous pour cette étude.

Pour coter la version française du DERS-SF (Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form – Kaufman, al. 2015), chaque item est évalué sur une échelle de Likert à 5 points, comme suit :

- 1 = Presque jamais (0-10%)
- 2 = Parfois (11-35%)
- 3 = Environ la moitié du temps (36-65%)
- 4 = La plupart du temps (66-90%)
- 5 = Presque toujours (91-100%)

Le score total est obtenu en additionnant les réponses aux 18 items. Un score plus élevé indique plus de difficultés dans la régulation émotionnelle, avec un total qui peut aller de 18 à 90.

	1 = Presque jamais	2= Parfois	3 = Environ la moitié du temps	4= La plupart du temps	5= Presque toujours
1) Je fais attention à ce que je ressens.	1	2	3	4	5
2) Je n'ai aucune idée de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
3) J'ai du mal à donner du sens à mes émotions.	1	2	3	4	5
4) Je me soucie de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
5) Je suis confus quant à ce que je ressens.	1	2	3	4	5
6) Quand je suis contrarié(e), je reconnais mes émotions.	1	2	3	4	5
7) Quand je suis contrarié(e), je me sens gêné(e) de ressentir cela.	1	2	3	4	5
8) Quand je suis contrarié(e), j'ai du mal à accomplir mon travail.	1	2	3	4	5

9) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle.	1	2	3	4	5
10) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais finir par me sentir très déprimé(e).	1	2	3	4	5
11) Quand je suis contrarié(e), j'ai du mal à me concentrer sur d'autres choses.	1	2	3	4	5
12) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir cela.	1	2	3	4	5
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai du mal à me concentrer.	1	2	3	4	5
14) Quand je suis contrarié(e), j'ai du mal à contrôler mes comportements.	1	2	3	4	5
15) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.	1	2	3	4	5
16) Quand je suis contrarié(e), je m'irrite contre moi-même d'avoir ce sentiment.	1	2	3	4	5
17) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mon comportement.	1	2	3	4	5
18) Quand je suis contrarié(e), il me faut beaucoup de temps pour aller mieux.	1	2	3	4	5

Annexe 2 . HADS

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Test effectué le (Jour/mois/année)

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

Heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
Vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30min				
Vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
Vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
Vous n'avez pas pu respirer correctement				
Vous avez toussé ou ronflé bruyamment				

Vous avez eu trop froid				
Vous avez eu trop chaud				
Vous avez eu de mauvais rêves				
Pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne
 Assez bonne
 Assez mauvaise
 Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- Pas au cours du dernier mois
 Moins d'une fois par semaine
 Une ou deux fois par semaine
 Trois ou quatre fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- Pas au cours du dernier mois
 Moins d'une fois par semaine
 Une ou deux fois par semaine
 Trois ou quatre fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- Pas du tout un problème
 Seulement un tout petit problème
 Un certain problème
 Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

- Ni l'un, ni l'autre.
 Oui, mais dans une chambre différente.
 Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit.
 Oui, dans le même lit

Annexe 4 . Proposition « Extrait de l'étude de CARMAC (20 items) »

validée pour cette étude par Dr. Benarous

Instructions :

Veillez répondre aux questions suivantes en indiquant à quelle fréquence vous ressentez ou agissez de la manière décrite. Utilisez l'échelle suivante :

- 1 = Jamais
- 2 = Rarement
- 3 = Parfois
- 4 = Souvent
- 5 = Toujours

1. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous consommé de l'alcool en quantités excessives ?" (1-5)
2. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous consommé des drogues illicites ?" (1-5)
3. "Avez-vous ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ?" (1-5)
4. "Avez-vous déjà utilisé des médicaments sans ordonnance ou différemment de ce qui était prescrit ?" (1-5)
5. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous conduit un véhicule sous l'influence de l'alcool ?" (1-5)
6. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous conduit un véhicule sous l'influence de drogues ?" (1-5)
7. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels ?" (1-5)
8. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou de drogues ?" (1-5)
9. "Avez-vous déjà été testé(e) pour des infections sexuellement transmissibles (IST) ?" (Jamais, Il y a plus d'un an, Au cours de la dernière année, Moins de six mois)
10. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous dépensé de l'argent que vous ne pouviez pas vous permettre de perdre en jeux de hasard ou paris ?" (1-5)
11. "Avez-vous ressenti le besoin de jouer ou parier de plus en plus pour obtenir la même excitation ?" (1-5)
12. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous été impliqué(e) dans des bagarres physiques ?" (1-5)
13. "Avez-vous déjà été arrêté(e) pour comportement violent ou agressif ?" (Jamais, Une fois, Plusieurs fois)
14. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous pris des risques inconsidérés pour le plaisir ou l'excitation (ex. conduite rapide, sports extrêmes sans protection) ?" (1-5)
15. "Avez-vous déjà participé à des activités illégales pour obtenir de l'excitation ou des bénéfices financiers ?" (1-5)

16. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu des pensées de vous faire du mal ?" (1-5)
17. "Au cours des trois derniers mois, avez-vous tenté de vous faire du mal intentionnellement ?" (1-5)
18. "Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?" (Jamais, Une fois, Plusieurs fois)
19. "Avez-vous ressenti une perte de contrôle lorsque vous êtes en colère ?" (1-5)
20. "Avez-vous eu des disputes fréquentes avec des membres de votre famille ou des amis proches ?" (1-5)

Cotation et Création de Sous-Échelles pour le Questionnaire de Comportements à Risques

Pour cet auto-questionnaire, chaque item est évalué sur une échelle de 1 à 5, sauf pour certaines questions où les réponses sont catégoriques (ex. question 9, 13, 18). Pour une cotation globale et une analyse plus détaillée, nous allons créer des sous-échelles basées sur des thèmes clés : Consommation de substances, Comportements à risques sexuels, Comportements impulsifs et illégaux, Pensées et comportements suicidaires, et Problèmes interpersonnels et de gestion de la colère.

Sous-échelles proposées

1. Consommation de substances (Items : 1, 2, 3, 4, 5, 6)

- Cotation : Les scores vont de 6 (aucun risque) à 30 (risque élevé). Un score élevé indiquerait une consommation fréquente de substances et des comportements associés à cette consommation.

2. Comportements sexuels à risque (Items : 7, 8, 9)

Item 9 : "Avez-vous déjà été testé(e) pour des infections sexuellement transmissibles (IST) ?" (*convertir les réponses en scores : Jamais = 1, Il y a plus d'un an = 2, Au cours de la dernière année = 3, Moins de six mois = 4*)

- Cotation : Scores de 3 à 15 pour les items 7 et 8. Le score de l'item 9 est indépendant, mais une faible fréquence de dépistage pourrait être un indicateur de risques supplémentaires.

3. Comportements impulsifs et illégaux (Items : 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Items 13 : "Avez-vous déjà été arrêté(e) pour comportement violent ou agressif ?" (*cotation : Jamais = 1, Une fois = 2, Plusieurs fois = 3*)

- Cotation : Les scores varient de 6 à 30. Des scores élevés indiquent des comportements impulsifs, illégaux et dangereux.

4. Pensées et comportements suicidaires (Items : 16, 17, 18)

Item 18 : "Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?" (*cotation : Jamais = 1, Une fois = 2, Plusieurs fois = 3*)

- Cotation : Scores de 3 à 15. Les scores élevés sont indicatifs de pensées ou comportements suicidaires nécessitant une attention immédiate.

5. Problèmes interpersonnels et de gestion de la colère (Items : 19, 20)

- Cotation : Scores de 2 à 10. Les scores élevés indiquent des problèmes de régulation émotionnelle et des conflits interpersonnels.

Cotation Globale

Pour obtenir une cotation globale des comportements à risque, on peut additionner les scores des différentes sous-échelles, en les pondérant éventuellement selon l'importance clinique des sous-échelles.

- Score minimal global : 20 (comportements sans risques)
- Score maximal global : 100 (comportements à risques élevés)

Interprétation des Scores

- Score de 20 à 40 : Comportements à faible risque
- Score de 41 à 60 : Comportements à risque modéré
- Score de 61 à 80 : Comportements à risque élevé
- Score de 81 à 100 : Comportements à très haut risque nécessitant une intervention immédiate

Ces sous-échelles permettent de mieux comprendre les différents domaines de risques et d'identifier plus précisément les besoins d'intervention.

Annexe 5. Tableaux des corrélations de Spearman entre les sous-scores du DERS-SF et les autres variables

SCORE Clarté.émotionnelle

	CARMAC (p)	HADS (p)	PSQI. (p)
SCORE. Clarté.émotionnelle	0.0354 (0.7197)	0.0187 (0.8495)	0.3393 (0.0004)
CARMAC (p)	0.0354 (0.7197)	0.0187 (0.8495)	0.2081 (0.0332)
HADS (p)	0.0187 (0.8495)	1	0.1958 (0.0453)
PSQI (p)	0.3393 (0.0004)	0.1958 (0.0453)	1

SCORE.Conscience.émotionnelle

	CARMAC (p)	HADS (p)	PSQI (p).
SCORE.Conscience.émotionnelle(p)	0.0974 (0.3231)	-0.5694 (2.32e-10)	-0.1467 (0.1354)
CARMAC (p)	0.0974 (0.3231)	-0.5694 (2.32e-10)	0.2081 (0.0332)
HADS (p)	-0.5694 (2.32e-10)	1	0.1958 (0.0453)
PSQI (p)	-0.1467 (0.1354)	0.1958 (0.0453)	1

SCORE.Objectifs

	CARMAC (p)	HADS (p)	PSQI(p)
SCORE.Objectifs (p)	0.0437 (0.6581)	0.3103 (0.0013)	0.2647 (0.0063)
CARMAC (p)	0.0437 (0.6581)	0.3103 (0.0013)	0.2081 (0.0332)
HADS (p)	0.3103 (0.0013)	1	0.1958 (0.0453)
PSQI (p)	0.2647 (0.0063)	0.1958 (0.0453)	1

SCORE.Impulsivité

	CARMAC (p)	HADS (p)	PSQI (p)
SCORE.Impulsivité (p)	-0.0593 (0.5476)	0.3892 (4.08e-05)	0.2607 (0.0072)
CARMAC (p)	-0.0593 (0.5476)	0.3892 (4.08e-05)	0.2081 (0.0332)
HADS (p)	0.3892 (4.08e-05)	1	0.1958 (0.0453)
PSQI (p)	0.2607 (0.0072)	0.1958 (0.0453)	1

SCORE.Non.acceptation

	CARMAC (p)	HADS (p)	PSQI (p).
SCORE.Non.acceptation (p)	0.0759 (0.4417)	0.2206 (0.0237)	0.3547 (0.0002)
CARMAC (p)	0.0759 (0.4417)	0.2206 (0.0237)	0.2081 (0.0332)
HADS (p)	0.2206 (0.0237)	1	0.1958 (0.0453)
PSQI (p).	0.3547 (0.0002)	0.1958 (0.0453)	1

SCORE.Stratégie

	CARMAC (p)	HADS (p)	PSQI (p).
SCORE.Stratégie (p)	0.1689 (0.0850)	0.1689 (0.0851)	0.4300 (4.69e-06)
CARMAC (p)	0.1689 (0.0850)	0.1689 (0.0851)	0.2081 (0.0332)
HADS (p)	0.1689 (0.0851)	1	0.1958 (0.0453)
PSQI (p).	0.4300 (4.69e-06)	0.1958 (0.0453)	1

Annexe 6. Tableaux des corrélations de Spearman entre les sous-scores de l'extrait de l'inventaire de CARMAC et le PSQI

SCORE CONSOMMATION DE SUBSTANCE (1À6)

	PSQI	Scores 1 à 6
PSQI	1.0 (p-value: 0.0)	0.0333 (p-value: 0.7358)
Scores 1 à 6	0.0333 (p-value: 0.7358)	1.0 (p-value: 0.0)
CARMAC - Score	0.208 (p-value: 0.0332)	0.769 (p-value: 9.91e-10)

SCORE COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE (7À9)

	PSQI	Scores 7 à 9
PSQI	1.0 (p-value: 0.0)	0.037 (p-value = 0.7099)
Scores 7 à 9	0.037 (p-value = 0.7099)	1.0 (p-value: 0.0)
CARMAC - Score	0.208 (p-value: 0.0332)	0.499 (p-value = 6.199e-07)

SCORE COMPORTEMENTS IMPULSIFS ET ILLÉGAUX (10À15)

	Corrélation de Spearman (rs)	p-value
SCORE PSQI vs CARMAC - SCORE	0.230	0.021
SCORE PSQI vs 10 à 15 - SCORE	0.006	0.952
10 à 15 - SCORE vs CARMAC - SCORE	0.322	0.001

SCORE PENSÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES (16À18)

	SCORE PSQI	16 à 18 - SCORE
SCORE PSQI	1.0 (p-value : 0.0)	0.49 (p-value : 0.00184)
16 à 18 - SCORE	0.49 (p-value : 0.00184)	1.0 (p-value : 0.0)
CARMAC - SCORE	0.24 (p-value : 0.0332)	0.68 (p-value : 7.0462 e-09)

SCORE PROBLÈMES INTERPERSONNELS ET GESTION DE LA COLÈRE (19À20)

	PSQI	Scores 19 à 20
PSQI	1.0 (p-value: 0.0)	0.273 (p-value : 0.0048)
Scores 19 à 20	0.273 (p-value : 0.0048)	1.0 (p-value: 0.0)
CARMAC - Score	0.208 (p-value: 0.0332)	0.378 (p-value: 0.00007)

VIII. Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1. Description des caractéristiques socio-démographiques des participants avec ou sans suivi psychologue et/ou psychiatrique.....	34
Tableau 2. Odds-ratio de la probabilité d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique en fonction des scores	38
Tableau 3. Matrice des corrélations de Spearman entre les scores de l'étude	38

Figures

Figure 1. Répartition des participants en fonction des genres et tranches d'âges	32
Figure 2. Répartition en fonction du groupe des scores HADS	35
Figure 3. Répartition en fonction du groupe des scores DERS-SF	35
Figure 4. Répartition en fonction du groupe des scores de l'extrait de l'étude de CARMAC.....	36
Figure 5. Répartition en fonction du groupe de score du PSQI.....	36

