

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

**Régulation émotionnelle
dans l'insomnie avec ou sans
épisode dépressif caractérisé**

RegSomnie : une étude descriptive comparative

GARRIVET Julie

Née le 28/05/1994 à Saumur (49)

Sous la co-direction du Dr IFRAH Guillaume et du Pr GEOFFROY Pierre Alexis

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Président
Monsieur le Docteur IFRAH Guillaume	Co-directeur
Monsieur le Professeur GEOFFROY Pierre Alexis	Co-directeur
Monsieur le Professeur TRZEPIZUR Wojciech	Membre
Madame le Docteur MARUANI Julia	Membre

Soutenue publiquement le :
06 septembre 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

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

Signé par l'étudiante le **30/06/2023**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverais l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
Laurent		
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RESTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ András	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Bénédicte Gohier,
Merci pour la richesse de vos enseignements, du deuxième au troisième cycle. Merci pour votre soutien infaillible et votre disponibilité. Merci pour votre bienveillance et votre engagement auprès des étudiants qui sont pour moi une vraie source d'inspiration. Merci pour toutes les opportunités que vous m'avez offertes et m'offrez encore.

A Monsieur le Professeur Pierre Geoffroy,
Merci de m'avoir fait l'honneur de co-diriger ce travail. Merci pour ta confiance et ton implication constante. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine du sommeil, la psychiatrie, mais aussi pour l'enseignement et la recherche. En espérant pouvoir réaliser encore de nombreux projets ensemble.

Au Docteur Guillaume Ifrah,
Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse. Merci d'avoir cru en moi depuis le premier jour de mon internat, il y a presque 4 ans. Merci pour tes qualités pédagogiques et pour m'avoir partagé et enseigné ton Art chirurgical de l'entretien psychiatrique. Merci pour les contre-visites (hors du temps) dont tu as le secret.

A Monsieur le Professeur Wojciech Trzepizur,
Merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury de thèse. Merci pour ta confiance et pour m'avoir ouvert les portes de ton service. Merci pour ta grande disponibilité. Au plaisir de poursuivre cette collaboration entre nos deux spécialités.

Au Docteur Julia Maruani,
Merci pour ton accueil lors de mon semestre parisien. Merci pour ta générosité, tes nombreux encouragements et ton accompagnement. Merci de m'avoir transmis ton expertise en psychiatrie comme en médecine du sommeil. Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Aux équipes du service de Psychiatrie du CHU d'Angers, merci pour votre accueil, à chaque stage et chaque passage, et pour votre participation à ce travail. Merci François, pour ton investissement. Merci Mathilde, pour ton aide précieuse et ta bonne humeur (quand il y avait du soleil). Merci Anne-Marie, pour ton soutien et ton humour. Merci P-E, pour ta pierre à l'édifice.

Merci à l'équipe du centre du sommeil du CHU d'Angers, sans qui ce projet n'aurait pu aboutir. Merci à Milena, Caroline, Remi, Hugo et Clément. Une pensée particulière à Gabriel, merci de m'avoir initiée à la médecine du sommeil (et aux dictées de courrier option « accent du sud »).

Merci à tous les patients ayant accepté de participer à cette étude.

À mes (anciennes) collègues infirmières, devenues aujourd'hui mes amies, Estelle, Constance, Suzy, Anaïs et les autres, vous qui m'avez tant appris, professionnellement comme personnellement, merci pour votre présence. Merci à l'équipe ChronoS que je n'oublierai jamais.

Merci à tous mes amis d'externat (loin des yeux, près du cœur) et d'internat. Javotte et Sarah, merci pour votre écoute, merci de partager mes plaintes et mes joies depuis bientôt 4 ans. Merci Edouard, pour ta sagesse (ou ce qu'il en reste depuis tes 30 ans). Merci à Clément, pour ton phlegme (robotique) qui a accompagné mon 1^{er} semestre. Merci à tous mes co-internes angevins d'avoir supporté mon obsession pour les plannings. Merci à la team Bichat, pour tous les bons moments passés ensemble (et je ne parle pas des lectures de polysomnographies).

Enfin, merci à ma Famille, de sang et de cœur, de m'entourer et me soutenir dans cette étape. Merci à mes parents, pour leur support indéfectible et leurs encouragements. Merci pour tous les coups de pouce qui m'ont permis de soutenir cette thèse et de poursuivre mes rêves.

Liste des abréviations

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- 1. Population**
- 2. Aspects éthiques**
- 3. Mesures**
 - 3.1. AIM
 - 3.2. ALS
 - 3.3. TEMPS-A 39
 - 3.4. CERQ
 - 3.5. MAThyS
- 4. Objectifs et critères de jugement**
- 5. Analyses statistiques**
- 6. Financement et conflits d'intérêts**

RÉSULTATS

- 1. Données socio-démographiques**
- 2. Comparaison des groupes**
 - 2.1. Sévérité de l'insomnie et des symptômes dépressifs
 - 2.2. Analyses de la régulation émotionnelle

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Dans l'insomnie chronique comme dans l'épisode dépressif caractérisé, deux troubles intimement liés par leur prévalence et leur potentiel comorbide, une altération de la régulation émotionnelle est fréquemment associée. Il existe des efforts internationaux pour mieux phénotyper l'insomnie et la dépression afin de préciser leurs aspects physiopathologiques et étiologiques, mais également afin de proposer des traitements plus personnalisés.

Matériel et Méthode : Cette étude descriptive observationnelle a été menée sur 57 participants, 27 présentaient un trouble insomnie avec épisode dépressif caractérisé et 30 un trouble insomnie sans épisode dépressif caractérisé (critères DSM-5). La MADRS a permis une évaluation psychométrique standardisée de la symptomatologie dépressive. Tous les participants ont par ailleurs répondu à des auto-questionnaires évaluant différents aspects de la régulation émotionnelle : AIM (intensité émotionnelle), ALS (libilité émotionnelle), TEMPS-A (tempérament), CERQ (stratégies cognitives de la régulation émotionnelle) et MATHyS (aspects d'activation ou inhibition de la réactivité émotionnelle).

Résultats : Entre les groupes trouble insomnie avec épisode dépressif et trouble insomnie sans épisode dépressif, des différences statistiquement significatives à propos de la libilité émotionnelle dans la variation anxiété/dépression ($p = 0,001$) de l'ALS, ainsi qu'à propos du tempérament dépressif de la TEMPS-A ($p = 0,03$), étaient observées. Une différence a aussi été identifiée concernant l'activation ou l'inhibition via l'échelle MATHyS ($p = 0,004$) et plus spécifiquement sur le plan de la motricité ($p = 0,02$) et de la motivation ($p < 0,001$). Enfin une différence significative des stratégies cognitives de régulation émotionnelle a été repérée sur le plan du blâme de soi ($p = 0,004$) et du catastrophisme via l'échelle CERQ ($p < 0,001$).

Conclusion : Cette étude exploratoire observe des variabilités de régulation émotionnelle dans l'insomnie. Notamment, du point de vue cognitif, les patients avec trouble insomnie et épisode dépressif auraient davantage recours au blâme de soi et au catastrophisme que les patients avec trouble insomnie sans épisode dépressif. Ces mêmes patients auraient également une plus grande inhibition de la motivation et de la motricité en comparaison avec les patients avec trouble insomnie sans épisode dépressif. Ces résultats encouragent la réalisation d'études similaires, avec de plus grands effectifs, multicentriques et ciblées, afin de confirmer ces données. Ils ouvrent des perspectives cliniques intéressantes, centrées sur la régulation émotionnelle, avec une possible personnalisation du traitement du trouble insomnie.

INTRODUCTION

Le trouble insomnie est un enjeu de santé publique qui touche 15 à 20% de la population (1).

Il est à l'origine d'un impact fonctionnel multiple (physique, psychique, émotionnel, social) (2).

Ainsi, il désigne une plainte de quantité ou de qualité de sommeil (au moins trois nuits par semaine pendant au moins trois mois) concernant l'endormissement, le maintien du sommeil, ou encore l'éveil précoce, à l'origine d'une altération du fonctionnement (3). Il est fréquemment associé à des pathologies psychiatriques, au premier rang desquels figure l'épisode dépressif caractérisé (EDC). En effet, les symptômes d'insomnie font partie des critères diagnostiques du DSM-5 de l'EDC (3) et sont présents chez 85% des patients (4).

La dysrégulation émotionnelle est une dimension centrale commune dans ces deux pathologies (5). En effet, il est observé un lien entre insomnie et dysrégulation émotionnelle avec notamment une atteinte du contrôle émotionnel et de l'intensité émotionnelle (6) (7), et donc un impact fonctionnel diurne non négligeable. Cette altération est également bien décrite dans l'épisode dépressif caractérisé et est souvent au cœur de sa prise en charge en psychothérapie (8) (9). De façon remarquable, une physiopathologie semblable a été montrée entre insomnie isolée et insomnie avec épisode dépressif caractérisé en polysomnographie (10). Dans la continuité de ces observations, un lien a été fait entre régulation émotionnelle, trouble insomnie et symptômes dépressifs avec un impact sur la sévérité des manifestations cliniques et des capacités de résilience (11) (12). Néanmoins, il n'est pas connu si ces dysrégulations émotionnelles et leurs sous-dimensions sont spécifiques aux sujets souffrant d'insomnie avec ou sans EDC. Par ailleurs, des efforts internationaux sont faits afin de mieux caractériser les différents phénotypes de trouble insomnie, et les aspects de régulation émotionnelle apparaissent être une piste intéressante.

Enfin, mieux caractériser les aspects de régulation émotionnelle pourrait permettre d'adapter la prise en charge thérapeutique de l'insomnie, notamment via des outils de thérapie cognitive et comportementale spécifiques centrés sur la gestion des émotions (13). En effet, actuellement, la thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie, traitement de référence (14), est principalement basée sur des fondements comportementaux, secondairement cognitifs et émotionnels, et surtout est employée selon un schéma thérapeutique presque unique (15), qui s'appuie peu sur la dissection fine de la régulation émotionnelle. Ainsi des programmes ajustés pourraient émerger de ce raffinement phénotypique sur la gestion des émotions du trouble insomnie. Aussi, d'un point de vue de la médecine préventive, il serait possible de considérer la dysrégulation émotionnelle comme un continuum entre certains phénotypes du trouble insomnie et survenue d'un épisode dépressif, en termes de caractéristiques mais également en termes d'intensité, afin de proposer des interventions précoces. Enfin, ces interventions centrées sur la régulation émotionnelle dans le traitement de ces phénotypes spécifiques de trouble insomnie pourraient permettre d'enrichir les stratégies de prévention des troubles de l'humeur, de récurrence, de résistance thérapeutique ou d'aggravation des symptômes (16).

Dans ce contexte, nous avons souhaité réaliser ce travail original afin de caractériser plus finement les éléments de régulation émotionnelle et leur sévérité dans l'insomnie en fonction de la présence ou non d'un épisode dépressif caractérisé associé. Notamment nous tenterons de déterminer si certains éléments précis de régulation émotionnelle des individus avec insomnie (tels l'irritabilité, la labilité émotionnelle, l'expressivité émotionnelle...) varient spécifiquement selon le statut thymique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population

Il s'agit d'une étude observationnelle en vie réelle. Les patients analysés dans cette étude ont bénéficié de soins spécialisés en psychiatrie et en médecine du sommeil. Elle a été menée de janvier à juin 2023 au sein du CHU d'Angers, d'une part au Centre du Sommeil en consultation et d'autre part dans le service de Psychiatrie et Addictologie Adulte en consultation et en hospitalisation.

Les patients devaient être âgés de 18 à 65 ans et ne pas être soumis à un régime de protection (tutelle, curatelle). Étaient également exclus de ces analyses les femmes enceintes ou en post-partum immédiat (6 semaines) ; ou encore les patients ayant pour antécédent un trouble bipolaire, un trouble délirant (schizophrénie, trouble délirant persistant) ou un trouble du spectre autistique, pour lesquels une dysrégulation émotionnelle notable peut préexister en dehors d'une insomnie ou d'un épisode dépressif caractérisé. Pour les mêmes raisons, un trouble lié à l'usage de substances non sevré (en dehors du tabagisme actif) représentait également un critère de non inclusion. Au sein du groupe insomnie sans épisode dépressif caractérisé étaient exclus les patients ayant présenté un épisode dépressif caractérisé médicalisé, ou ayant reçu un traitement antidépresseur dans les douze derniers mois, pour se soustraire d'éventuels symptômes résiduels.

Tous les patients ont rempli un Index de Sévérité de l'Insomnie, ISI, (17)(18), auto-questionnaire à sept items cotés de 0 à 4, afin de confirmer la présence d'un trouble insomnie (insomnie clinique, soit un score ISI >14) et de préciser sa sévérité (modérée entre 15 et 21, sévère entre 22 et 28). Les participants ayant un score inférieur ou égal à 14 étaient exclus.

2. Aspects éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'Éthique du CHU d'Angers et enregistrée sous le numéro 2022-170. Concernant le recueil des données le projet a été enregistré auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro ar22-0103v0.

3. Mesures

Lors de l'entretien clinique d'inclusion le médecin évoquait ou éliminait un épisode dépressif caractérisé via l'interrogatoire habituel de consultation en se basant sur les critères du DSM-5. Par ailleurs, il réalisait dans le même temps une échelle psychométrique MADRS (19)(20) pour préciser la présence et la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. Cet entretien déterminait le groupe d'appartenance du patient : trouble insomnie avec ou sans EDC. Cet hétéro-questionnaire est composé de 10 items évaluant les symptômes dépressifs, cotés de 0 à 6 par le médecin, et permet d'obtenir un score global (<7 absence d'épisode dépressif, entre 7 et 19 intensité légère, entre 20 et 34 intensité modérée, > 34 intensité sévère). Tous les participants ont ensuite été invités à remplir cinq échelles psychométriques sous forme d'auto-questionnaires (livret disponible en Annexe) visant à déterminer les caractéristiques de régulation émotionnelle.

3.1. AIM

L'AIM, Affect Intensity Measure (21)(22), comprend 40 affirmations à coter par le patient de 1 (jamais) à 6 (toujours). Cet auto-questionnaire évalue exclusivement l'intensité de la réponse émotionnelle (visant à s'affranchir de la fréquence ou de la nature de l'émotion). Il est basé sur les différents aspects de la réponse émotionnelle (notamment corporels, comme la fréquence cardiaque, mais aussi cognitifs) et sur des situations précises pour se défaire des déterminants d'estime de soi ou des interactions sociales.

Pour diminuer l'effet d'ensemble certains items ont été rédigés en sens inverse (items 12, 16, 19, 24, 26, 28, 29, 31, 33, 37, 40). Un score allant de 40 à 240 est ainsi obtenu, représentant l'intensité des émotions.

3.2. ALS

L'ALS, Affective Lability Scale (23)(24), contient 54 affirmations à coter par le patient de 0 (rarement vrai) à 3 (très souvent vrai) ou, selon les versions, de A (très caractéristique de moi, qui correspond à 3) à D (absolument pas caractéristique de moi, qui correspond à 0).

L'ALS cherche ainsi à mesurer la variabilité émotionnelle, ou labilité, et donc un élément indicateur de sa dysrégulation. Il existe 6 sous-dimensions qui évaluent soit la variabilité avec la normale : dépression (11 items : 1, 8, 9, 13, 19, 25, 31, 40, 42, 46, 54), élation de l'humeur (12 items : 2, 6, 7, 18, 27, 32, 35, 36, 45, 47, 52, 53), anxiété (7 items : 4, 5, 12, 20, 26, 28, 44) et colère (7 items : 14, 15, 21, 23, 33, 41, 50), soit la variation entre deux états : anxiété/dépression (8 items : 3, 10, 16, 17, 22, 37, 38, 49) et dépression/élévation (9 items : 11, 24, 29, 30, 34, 39, 43, 48, 51).

On obtient ainsi des « cotes » des variations : l'une pour chaque sous-dimension (en additionnant les items correspondant et en divisant par le nombre d'item) et une cote globale de variation de l'humeur (en additionnant les cotes des sous-dimensions et en divisant par 54) comprises entre 0 et 3. Plus la cote est proche de 3 plus la labilité émotionnelle est jugée importante.

3.3. TEMPS-A 39

L'échelle TEMPS-A 39, Temperament Evaluation of Memphis Pisa Paris and San Diego Autoquestionnaire 39 items, est une version abrégée (25)(26) du TEMPS-A initial présentant 84 items (21 items pour 4 tempéraments) (27). Elle comprend 39 affirmations auxquelles le patient répondra par « oui » ou par « non ».

La version initiale cherchait à qualifier le tempérament avec des sous-groupes : « dépressif », « cyclothymique », « hyperthymique » et « irritable », puis des items d'un sous-groupe « anxieux » ont été ajoutés a posteriori pour donner une autre version à 110 items. Une analyse en composantes principales a ensuite été réalisée en 2005 avec une sélection des 39 items au total, montrant une bonne cohérence interne. Cette version courte comprend ainsi également les tempéraments « cyclothymique » (items 1 à 12), « dépressif » (items 13 à 20), « irritable » (items 21 à 28), « hyperthymique » (items 29 à 36) et « anxieux » (items 37 à 39). La cotation se réalise en compatibilisant 1 pour « oui » et 0 pour « non » puis en additionnant le nombre d'items positifs et en le divisant par le nombre d'items de la catégorie. On obtient ainsi une cote entre 0 et 1 évaluant l'importance de cette composante.

3.4. CERQ

Le CERQ, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (28)(29) est un questionnaire à 36 items comportant des affirmations avec une cotation allant de 1 à 5 (« presque jamais », « parfois », « régulièrement », « souvent » et « presque toujours »).

Il cherche à évaluer les aspects cognitifs de la régulation émotionnelle en s'intéressant à la fréquence de certaines pensées (les affirmations) en lien avec des évènements de vie négatifs ou désagréables. Ainsi on évalue les capacités de régulation émotionnelle selon les stratégies cognitives mises en place par le patient. Il existe 9 sous-groupes de 4 affirmations définissants des distorsions cognitives ou des schémas de pensée : « blâme de soi » (items 1, 10, 19, 28), « acceptation » (items 2, 11, 20, 29), « rumination » (items 3, 12, 21, 30), « centration positive » (items 4, 13, 22, 31), « centration sur l'action » (items 5, 14, 23, 32), « réévaluation positive » (items 6, 15, 24, 33), « mise en perspective » (items 7, 16, 25, 34), « dramatisation » ou « catastrophisme » (plus proche du terme « catastrophizing » de la version originale) (items 8, 17, 25, 35) et « blâme d'autrui » (items 9, 18, 27, 36). On obtient des scores de sous-groupes compris entre 4 et 20.

Ces 9 sous-groupes désignent soit une régulation émotionnelle dite « adaptative » (comprenant acceptation, centration positive, centration sur l'action, réévaluation positive, mise en perspective) soit une régulation dite « non-adaptative » (blâme de soi, rumination, dramatisation, blâme d'autrui).

3.5. MAThyS

La MAThyS, Multidimensional Assessment of Thymic States, (30) (31) (32) a été conçue pour décrire les phases thymiques sur un versant dimensionnel en s'intéressant aux états d'activation ou d'inhibition associés à la réactivité émotionnelle. Ces éléments permettent notamment une meilleure description des épisodes thymiques dits « mixtes » caractérisés par une hyper-réactivité émotionnelle (contrastant avec les épisodes dépressifs où l'on retrouve globalement une hypo-réactivité émotionnelle et une inhibition). Il s'agit d'une échelle visuelle analogique de 20 items comprenant chacun deux affirmations « opposées » entre inhibition et activation. Il existe cinq dimensions : « émotion » (items 3, 7, 10, 18), « cognition » (items 5, 9, 12, 14), « motricité » (items 2, 11, 19), « motivation » (items 4, 15, 16, 17) et « sensorialité » (items 1, 6, 8, 13, 20). Le patient place ainsi un « curseur » vertical sur une ligne horizontale de 10 cm qui représente un spectre entre inhibition et activation (le centre de la ligne représentant l'état habituel, en dehors de l'épisode actuel). La cotation s'effectue en mesurant les centimètres à partir de la gauche jusqu'au « curseur » placé par le patient (0 cm désignant une inhibition et 10 cm une activation sauf pour quelques items inversés, les 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 18). Le score total va ainsi de 0 à 200 et indique un niveau global d'activation ou d'hyper-réactivité émotionnelle. Les sous-scores (allant de 0 à 30, 40 ou 50) évaluent un continuum selon les différentes dimensions : hyporéactivité et hyperréactivité pour l'émotion, ralentissement ou accélération pour la cognition, ralentissement ou agitation pour la motricité.

4. Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal de cette étude observationnelle et préliminaire était de caractériser les paramètres de régulation émotionnelle dans l'insomnie selon l'existence, ou non, d'un épisode dépressif caractérisé comorbide, à un instant précis, telle une photographie de la régulation émotionnelle globale.

Il s'agissait d'établir des phénotypes de régulation émotionnelle de l'insomnie, selon l'existence ou non d'un épisode dépressif associé. Le critère de jugement principal était ainsi représenté par la comparaison des moyennes des scores et sous-scores des échelles psychométriques entre les deux groupes. Il était question à la fois de déterminer s'il existait une différence significative entre les scores globaux (AIM, ALS, MATHyS) mais aussi entre les sous-scores pour définir d'éventuelles spécificités concernant les différentes dimensions de régulation émotionnelle (irritabilité, anxiété, hyperthymie, blâme de soi, catastrophisme etc.).

5. Analyses statistiques

La normalité des distributions des variables a été vérifiée en utilisant le test de normalité Shapiro-Wilk et des diagrammes Q-Q plot. L'homogénéité des variances a été vérifiée à l'aide du test de Levene. Des tests non paramétriques ont été utilisés pour les variables présentant des distributions non normales (test U de Mann-Whitney). Lorsque la distribution était normale et que l'égalité des variances était respectée un test paramétrique de Student pouvait être réalisé. Lorsque la distribution était normale mais que l'égalité des variances n'était pas respectée un test paramétrique de Welch a été réalisé. Des analyses univariées bilatérales ont été effectuées. Les variables catégorielles sont décrites par un nombre et un pourcentage, les variables continues par une moyenne et un écart type. Toutes les variables significativement différente ($p<0,05$) entre les deux groupes ont été entrées dans une régression logistique. Pour ces variables, des matrices de corrélation ont été réalisées.

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels RStudio (33) et Jamovi (34). Cette étude exploratoire s'intéressait à une thématique jusqu'ici non explorée et donc sans taille d'effet connue, sans calcul de puissance possible. Dans ce contexte il a été décidé d'inclure le maximum de patients possible pendant une période prédéterminée de 6 mois avec un objectif initial de 30 patients par groupe pour un effectif total de 60 patients.

6. Financement et conflits d'intérêts

Cette étude n'a pas bénéficié de financement spécifique. Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts en lien avec cette étude.

RÉSULTATS

1. Données socio-démographiques

Sur une période de six mois (allant de janvier à juin 2023) 57 patients ont été inclus dans l'étude dont 27 patients dans le groupe insomnie avec épisode dépressif (INSEDC) et 30 patients dans le groupe insomnie sans épisode dépressif (INS). Les groupes étaient comparables en termes de données socio-démographiques notamment avec une moyenne d'âge de 38,4 ans dans le groupe INSEDC et de 45,2 ans dans le groupe INS ($p = 0,06$). On comptait respectivement 17 femmes et 10 hommes contre 18 femmes et 12 hommes ($p = 0,83$). Il n'existe pas de différence significative concernant la catégorie socio-professionnelle (ESEG) ($p = 0,73$). Concernant la prise de traitements 100 % des patients du groupe INSEDC recevaient un traitement antidépresseur (ISRS, IRSNa ou autre catégorie), contre 0 % dans le groupe INS (selon le protocole décrit). L'ensemble des données socio-démographiques et des traitements médicamenteux sont décrits dans le Tableau 1.

Tableau 1 *Données socio-démographiques des participants*

	INSEDC <i>N</i> = 27 <i>M</i> (+/- <i>ET</i>) ou <i>N</i> (%)	INS <i>N</i> = 30 <i>M</i> (+/- <i>ET</i>) ou <i>N</i> (%)	Statistique T test (U Mann-Whitney)	Valeur p (p value)
Âge	38.4 (13.8)	45.2 (14.4)	289	0,06
Sexe			393	0,83
<i>Femmes</i>	17 (63%)	18 (60%)		
<i>Hommes</i>	10 (37%)	12 (40%)		
ESEG			384	0.73
Cadre :	1 (3.7%)	1 (3.3%)		
Employé :	2 (7.4%)	7 (23,3%)		
Entrepreneur :	1 (3.7%)	1 (3.3%)		
Intellectuel :	10 (37%)	8 (26.7%)		
Intermédiaire :	2 (7.4%)	5 (16.7%)		
Ouvrier :	2 (7.4%)	1 (3.3%)		
Retraité :	0 (0%)	4 (13.3%)		
Sans emploi/étudiant :	9 (33.3%)	3 (10%)		
Traitements				
ISRS :	10 (37%)	0 (0%)		
IRSNa :	5 (18.5%)	0 (0%)		
Autre antidépresseur :	8 (29.6%)	0 (0%)		
Antipsychotique :	8 (29.6%)	0 (0%)		
Antiépileptique :	0 (0%)	1 (3.3%)		
Antihistaminique :	7 (25.9%)	1 (3.3%)		
Z-Drugs :	3 (11.1%)	0 (0%)		
Benzodiazépines :	7 (25.9%)	2 (6.7%)		
Mélatonine :	7 (25.9%)	0 (0%)		
Pilule contraceptive :	4 (14.8%)	0 (0%)		
Anti-hypertenseur :	2 (7.4%)	2 (6.7%)		
IPP :	1 (3.7%)	0 (0%)		
Metformine :	0 (0%)	1 (3.3%)		
Insuline :	0 (0%)	1 (3.3%)		

2. Comparaison des groupes

2.1. Sévérité de l'insomnie et des symptômes dépressifs

Il n'existait pas de différence significative en termes d'intensité de l'insomnie mesurée avec l'ISI entre les deux groupes, avec une moyenne de 19,1 pour le groupe INSEDC et de 19,3 pour le groupe INS ($p = 0,76$). La moyenne d'intensité des épisodes dépressifs caractérisés était de 24,1 à la MADRS évoquant une intensité dite modérée. La moyenne de la MADRS du groupe INS était de 5,1, confirmant l'absence d'épisode dépressif caractérisé (score <7 selon le protocole). Les données sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2. Comparaison entre les groupes INSEDC et INS des symptômes d'insomnie et dépressifs

(ISI et MADRS)

	INSEDC $N = 27$ $M (+/-ET) ou N (%)$	INS $N = 30$ $M (+/-ET) ou N (%)$	Statistique T test (U Mann-Whitney)	Valeur p (p value)
ISI	19.1 (2.83)	19.3 (2.67)	386	0.76
MADRS	24,1 (10.08)	5.1 (1.45)	0	<0.001**

** $p < 0,05$

2.2. Analyses de la régulation émotionnelle

Le tableau 3 décrit les analyses de comparaisons exploratoires entre les deux groupes des données de régulation émotionnelle évaluées par les différents auto-questionnaires.

Les moyennes des scores AIM ($p = 0,82$), ALS total ($p = 0,38$), ALS dépression ($p = 0,39$), ALS élation ($p = 0,11$), ALS anxiété ($p = 0,07$), ALS colère ($p = 0,94$), ALS dépression/élévation ($p = 0,73$), TEMPS-A cyclothymie ($p = 0,43$), TEMPS-A irritable ($p = 0,29$), TEMPS-A hyperthymique ($p = 0,49$), TEMPS-A anxieux ($p = 0,08$), CERQ acceptation ($p = 0,61$),

CERQ ruminat (p = 0,35), CERQ centration positive (p = 0,07), CERQ centration sur l'action (p = 0,56), CERQ réévaluation positive (p = 0,15), CERQ mise en perspective (p = 0,28), CERQ blâme d'autrui (p = 0,96), MATHyS émotion (p = 0,36), MATHyS cognition (p = 0,21) et MATHyS sensorialité (p = 0,29) ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes.

Il existe une différence significative pour le sous-score ALS anxiété/dépression avec une moyenne de 1,60 pour le groupe INSEDC contre 0,91 pour le groupe INS (p = 0,001). On note également une différence significative pour le sous-score TEMPS-A dépressif avec, respectivement, une moyenne de 0,57 contre 0,36 (p = 0,03). Concernant la CERQ on note une différence significative de la tendance au blâme de soi avec, respectivement, une moyenne de 12,93 contre 9,37 (p = 0,004) et de la tendance au catastrophisme avec, respectivement, une moyenne de 11,3 contre 7,6 (p < 0,001). La moyenne du score global de la MATHyS est également significativement différente entre les deux groupes avec, respectivement, 93,78 contre 106,73 (p = 0,004). C'est aussi le cas pour plusieurs sous-score de la MATHyS notamment sur le plan de la motricité avec une moyenne de 12,58 contre 14,73 (p = 0,02) et sur le plan de la motivation avec une moyenne de 12,47 contre 18,43 (p < 0,001).

Tableau 3. Comparaison entre les groupes INSEDC et INS des données de régulation émotionnelle

	INSEDC N = 27 M (+/-ET)	INS N = 30 M (+/-ET)	Statistique T test (Student ou U Mann-Whitney ou Welch)	Valeur p (p value)
AIM	139.41 (18.1)	140.73 (25.3)	0.23	0.82
ALS (total)	1.12 (0.53)	1 (0.53)	-0.88	0.38
ALS dépression	1.26 (0.67)	1.11 (0.60)	-0.87	0.39
ALS élation	0.85 (0.43)	1.07 (0.63)	1.62	0.11
ALS anxiété	1.19 (0.67)	0.90 (0.55)	-1.83	0.07

	INSEDC <i>N</i> = 27 <i>M</i> (+/- <i>ET</i>)	INS <i>N</i> = 30 <i>M</i> (+/- <i>ET</i>)	Statistique T test (Student ou U Mann-Whitney ou Welch)	Valeur p (<i>p</i> value)
ALS colère	0.74 (0.60)	0.75 (0.56)	0.08	0.94
ALS anxiété/dépression	1.60 (0.88)	0.91 (0.56)	-3.49	0.001**
ALS dépression/élation	0.96 (0.56)	0.95 (0.70)	383	0.73
TEMPS-A cyclothymique	0.40 (0.30)	0.34 (0.23)	356	0.43
TEMPS-A dépressif	0.57 (0.37)	0.36 (0.30)	268	0.03**
TEMPS-A irritable	0.14 (0.19)	0.09 (0.16)	346	0.29
TEMPS-A hyperthymique	0.49 (0.29)	0.54 (0.31)	362	0.49
TEMPS-A anxieux	0.68 (0.40)	0.49 (0.39)	301	0,08
CERQ blâme de soi	12.93 (5.33)	9.37 (2.94)	-3.08	0.004**
CERQ acceptation	13.82 (2.84)	13.5 (4.08)	373	0.61
CERQ rumination	14.0 (3.67)	13.07 (3.72)	-0.95	0.35
CERQ centration positive	8.62 (3.82)	10.2 (3.86)	290	0.07
CERQ centration /action	13.04 (3.68)	13.7 (3.77)	368	0.56
CERQ réévaluation positive	10.85 (5.09)	12.87 (3.98)	315	0.15
CERQ mise en perspective	11.56 (3.85)	12.67 (3.80)	1.10	0.28
CERQ catastrophisme	11.3 (3.23)	7.6 (2.34)	-4.90	<0.001**
CERQ blâme d'autrui	7.41 (2.89)	7.37 (3.21)	-0,05	0.96
MATHyS (total)	93.78 (19.26)	106.73 (12.56)	3.04	0.004**
MATHyS émotion	21.26 (7.53)	22.83 (5.28)	0.91	0.36
MATHyS cognition	21.14 (6.05)	22.93 (4.35)	1.27	0.21
MATHyS motricité	12.58 (3.93)	14.73 (2.99)	2.34	0.02**
MATHyS motivation	12.47 (7.48)	18.43 (4.59)	3.58	<0.001**
MATHyS sensorialité	26.08 (7.33)	27.79 (4.52)	1.07	0.29

** *p*<0,05

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude exploratoire observe des variabilités de régulation émotionnelle dans l'insomnie selon qu'elle est, ou non, associée à une dépression. Du point de vue cognitif, les patients avec trouble insomnie et épisode dépressif auraient davantage recours au blâme de soi et au catastrophisme que les patients avec trouble insomnie sans épisode dépressif. Ces mêmes patients auraient également une plus grande inhibition globale, notamment dans les dimensions de motivation et de motricité.

Concernant l'Affective Lability Scale, ALS, la labilité entre états d'anxiété et de dépression avait un score moyen différent entre nos deux groupes. A notre connaissance, cette différence n'a pas été montrée dans de précédents travaux. En revanche un travail de recherche de 2021 a montré un lien entre épilepsie, sévérité de l'insomnie et atteinte de la labilité émotionnelle avec l'ALS-18, avec un effet des crises récurrentes sur les scores de l'ALS-18 et notamment sur la valence anxiété et dépression (35). L'évaluation du tempérament a retrouvé une différence significative, attendue, du tempérament dépressif entre les deux groupes. Les liens spécifiques entre insomnie et tempérament chez des patients présentant des troubles psychiatriques ont été étudiés évoquant notamment que le tempérament hyperthymique serait plus favorable au sommeil (subjectivement) que les tempéraments cyclothymique ou dépressifs (36). L'échelle Multidimensional Assessment of Thymic States (MATHyS) avait également une moyenne globale significativement différente entre les deux groupes. Deux dimensions d'inhibition et d'activation ont plus précisément émergées : la motricité et, de façon très significative, la motivation. Cela suggère que, chez les patients présentant un trouble insomnie, le niveau de motricité et de motivation serait possiblement impacté par la présence ou non d'un épisode dépressif, ce que nous ne montrons pas sur les dimensions cognitives, émotionnelles et sensorielles de la MATHyS.

Ces résultats étaient attendus étant donné que l'épisode dépressif est considéré comme une « maladie de la motivation » et que le ralentissement psychomoteur en est un des critères diagnostiques, souvent au premier plan. Tout de même, à l'inverse de nos résultats, l'impact de la qualité de sommeil sur l'inhibition de la motivation, mais aussi dans les autres dimensions, a déjà été montré chez les patients présentant un trouble bipolaire, y compris dans des périodes d'euthymie ou de symptômes dépressifs sub-syndromiques (37).

Au sujet des stratégies cognitives de régulation émotionnelle, évaluées par l'échelle CERQ, nous avons retrouvé une différence significative de la tendance au blâme de soi entre deux groupes. Cela renverrait l'idée que les idées de dévalorisation, également critères d'épisode dépressif, seraient plus spécifiques de ce dernier et toucheraient moins les patients présentant un trouble insomnie isolé. Enfin, nous avons repéré une différence très significative sur le plan de la tendance au catastrophisme. Ce résultat est particulièrement impactant car jusqu'ici la littérature a mis en évidence à plusieurs reprises une tendance au catastrophisme majorée chez les patients présentant un trouble insomnie, sans se focaliser sur la présence ou l'absence d'un trouble dépressif comorbide, ce qui serait donc spécifique à la dépression associée. Notamment une étude de 2023 a identifié chez les adolescents un niveau de catastrophisme corrélé à la sévérité de l'insomnie identifiée par l'ISI (38). Un travail de recherche pendant l'épidémie Covid a aussi identifié chez les jeunes adultes une médiation de l'insomnie sur les stratégies de régulation émotionnelle (39). Ces travaux corroborent les hypothèses cognitives de l'installation du cercle vicieux de l'insomnie, nourri entre autres par des distorsions de pensée d'amplification des conséquences, avec un impact direct des capacités non adaptatives de régulation émotionnelle sur le risque de pérennisation d'une insomnie initialement aigüe. Nos résultats, mis en lien avec ces études, suggèrent un possible spectre dans le catastrophisme avec un niveau qui serait différent dans le trouble insomnie selon la présence ou l'absence d'un EDC par rapport à une population sans insomnie ni EDC.

Ainsi le trouble insomnie à lui seul ne serait peut-être pas synonyme de stratégies de catastrophisme, et inversement. Cela nous amène à plusieurs hypothèses : d'une part, la tendance au catastrophisme pourrait être, selon son intensité, un facteur de risque de survenue d'un épisode dépressif caractérisé chez les patients présentant un trouble insomnie isolé, déjà vulnérables sur le plan thymique (40). D'autre part la présence d'un épisode dépressif caractérisé pourrait, dans cette population, majorer la mise en place de stratégies cognitives non adaptatives de type catastrophisme, avec un risque d'aggravation ou de maintien du trouble insomnie. Ces hypothèses mériteraient ainsi la mise en place d'autres travaux de recherche, ciblés et avec une meilleure puissance, afin d'explorer cette dimension qui pourrait être une piste d'adaptation psychothérapeutique du traitement de l'insomnie spécifique aux patients déprimés.

Les autres dimensions de l'échelle CERQ, dont la rumination et la mise en perspective, impactées dans la dépression, n'étaient pas significativement différentes entre nos deux groupes. Bien que cela puisse être lié à un manque d'effectif, nous pourrions supposer que ces dimensions seraient alors communes, dans leurs altérations, au trouble insomnie avec EDC et au trouble insomnie sans EDC. Le trouble insomnie sans EDC partagerait peut-être certaines altérations de stratégies cognitives avec l'épisode dépressif. Ces altérations représenteraient un double facteur de risque, partagé, pour la dépression et pour le trouble insomnie, et pourraient être la cible de stratégies préventives en psychothérapie. Enfin, notre étude n'a pas montré de différences significatives concernant la mesure de l'intensité émotionnelle. Cette dimension a surtout été évaluée dans le trouble insomnie isolé, où elle serait altérée, comme évoqué lors de notre introduction. Nos résultats suggéreraient que la composante « intensité » de la régulation émotionnelle appartiendrait donc aussi à un phénotype commun entre nos deux groupes, non discriminant, mais déjà pathologique vis-à-vis d'une population indemne de trouble insomnie d'après la littérature.

Le tableau 4 résume ainsi les spécificités de chaque groupe mis en lumière par notre travail.

Tableau 4. Résumé des principaux résultats

	INSEDC	INS
Pensées	Plus de catastrophisme Plus de blâme de soi Plus de tempérament dépressif	Moins de catastrophisme Moins de blâme de soi Moins de tempérament dépressif
Émotions	Plus de labilité anxiété/dépression	Moins de labilité anxiété/dépression
Comportements	Inhibition de la motricité Inhibition de la motivation	Moins d'inhibition de la motricité Moins d'inhibition de la motivation

Notre étude présente plusieurs limites à évoquer. Premièrement, des effectifs plus importants seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer nos résultats et pour en préciser certaines dimensions, notamment concernant les sous-scores qui ne se basent que sur peu d'items. Ensuite, un biais d'échantillonnage est à considérer, étant donné que notre étude est monocentrique et s'est déroulée exclusivement dans un Centre Hospitalier Universitaire dans deux services distincts. En effet notre groupe de patients présentant un épisode dépressif avec insomnie n'est probablement pas représentatif de cette population, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un centre de consultation de premier recours en psychiatrie. Les patients ayant une insomnie isolée consultaient également spécifiquement dans un Centre du Sommeil, ce qui n'est probablement pas représentatif de la population qui présente un trouble insomnie. Aussi, devant la prévalence cumulée de l'ensemble des troubles anxieux, supérieure à 30% (41), il a été décidé de ne pas les considérer comme un critère de non inclusion de notre étude. Ce parti pris constitue un potentiel biais supplémentaire étant donné que les antécédents de troubles anxieux n'ont pas été renseignés. En effet les troubles anxieux sont pourvoyeurs de dysrégulation émotionnelle notamment sur le plan cognitif (42), avec une possible différence de prévalence de cette comorbidité entre nos deux groupes, bien qu'elle reste fréquente dans l'épisode dépressif caractérisé (43) comme dans le trouble insomnie (44).

Aussi, les autres troubles du sommeil n'ont pas été considérés, notamment le syndrome d'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos, les troubles du rythme circadien (dont le retard de phase) ou encore les parasomnies, qui peuvent avoir un impact sur les fonctions neurocognitives et émotionnelles (45). Il convient également de préciser que la sévérité moyenne des épisodes dépressifs était modérée, et non sévère, avec un possible impact sur nos résultats. Il serait ainsi judicieux de pouvoir établir une stratification pour établir des corrélations selon la sévérité de l'épisode dépressif et selon la sévérité de l'insomnie, bien qu'elle fût comparable entre nos deux groupes. Enfin, afin d'étudier notre hypothèse spectrale de phénotypes de l'insomnie, une étude incluant un groupe contrôle sans trouble insomnie ni épisode dépressif permettrait d'évaluer une potentielle évolution des dimensions de régulation émotionnelle selon l'installation des troubles vis-à-vis d'une population témoin. L'inclusion spécifique de profils anxieux pourrait également permettre de décrire plus finement les interrelations cognitivo-émotionnelles entre dépression, anxiété et insomnie.

En conclusion, ces résultats encouragent la réalisation d'études similaires, avec de plus grands effectifs, multicentriques et ciblées, afin de confirmer ces données. Ils ouvrent des perspectives cliniques intéressantes centrées sur la régulation émotionnelle avec une possible personnalisation du traitement du trouble insomnie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Chan-Chee, C., Bayon, V., Bloch, J., Beck, F., Giordanella, J. P., & Leger, D., "Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux [Epidemiology of insomnia in France]", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2011, 59(6), 409–422.
- (2) Roth T., Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences", *Journal of Clinical Sleep Medicine*: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 2007, 3(5 Suppl), S7–S10.
- (3) American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 5e éd. American Psychiatric Publishing, 2013.
- (4) Geoffroy, P. A., Hoertel, N., Etain, B., Bellivier, F., Delorme, R., Limosin, F., & Peyre, H., "Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study", *Journal of Affective Disorders*, 2018, 226, 132–141.
- (5) Altena, E., Micoulaud-Franchi, J. A., Geoffroy, P. A., Sanz-Arigita, E., Bioulac, S., & Philip, P., "The bidirectional relation between emotional reactivity and sleep: From disruption to recovery", *Behavioral Neuroscience*, 2016, 130(3), 336–350.
- (6) Vanek, J., Prasko, J., Genzor, S., Ociskova, M., Holubova, M., Sova, M., Kantor, K., Slepecky, M., & Nesnidal, V., "Insomnia and emotion regulation", *Neuroendocrinology Letters*, 2020, 41(5), 255–269.
- (7) Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. "Sleep and emotions: a focus on insomnia", *Sleep Medicine Reviews*, 2010, 14(4), 227–238.
- (8) Crisan, S. M., & Nechita, D. M., "Maladaptive emotion regulation strategies and trait anger as predictors of depression severity", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2022, 29(3), 1135–1143.
- (9) Berking, M., Eichler, E., Luhmann, M., Diedrich, A., Hiller, W., & Rief, W., "Affect regulation training reduces symptom severity in depression: A randomized controlled trial", *PloS One*, 2019, 14(8), e0220436.
- (10) Hein, M., Lanquart, J. P., Loas, G., Hubain, P., & Linkowski, P., "Similar polysomnographic pattern in primary insomnia and major depression with objective insomnia: a sign of common pathophysiology?", *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1), 273.
- (11) Predatu, R., Voinescu, B. I., & David, D. O., "The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relation Between Insomnia and Depressive Symptoms", *International Journal of Behavioral Medicine*, 2020, 27(6), 615–622.
- (12) Palagini, L., Miniati, M., Marazziti, D., Massa, L., Grassi, L., & Geoffroy, P. A., "Circadian Rhythm Alterations May be Related to Impaired Resilience, Emotional Dysregulation and to the Severity of Mood Features in Bipolar I and II Disorders", *Clinical Neuropsychiatry*, 2022, 19(3), 174–186.

- (13) Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Limonero, J. T., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A., "The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: Secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial", *Journal of Affective Disorders*, 2022, 303, 206–215.
- (14) Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al., "European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia.", *Journal of Sleep Research.*, 2017;26(6):675-700.
- (15) Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al., "Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline.", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2021 ;17(2):255-262.
- (16) Lin, Y. H., Lin, S. H., & Chen, I. M., "The Direct Effect of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Depression Prevention and the Mediation Effect via Insomnia Remission", *JAMA Psychiatry*, 2022, 79(5), 514–515.
- (17) Morin, C., *Insomnia: Psychological assessment and management.*, 1993, Guilford press
- (18) Bastien, C., Vallières, A., & Morin C., "Validation of the Insomnia Severity Index (ISI) as an outcome measure for insomnia research", *Sleep Medicine*, 2001, 2, 297-307.
- (19) Montgomery, S. A., & Asberg, M., "A new depression scale designed to be sensitive to change", *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 1979, 134, 382–389.
- (20) Lempérière, T., Lépine, J. P., Rouillon, F., Hardy, P., Ades, J., Luaute, J. P., & Ferrand, I., "Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression, à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg [Comparison of various tools for evaluating depression apropos of a study on Athymil 30 mg] ", *Annales Medico-Psychologiques*, 1984, 142(9), 1206–1214.
- (21) Larsen, R. J., "Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic", *Dissertation Abstracts International*, 1984, 85, 2297B.
- (22) Jacob, S., Lubart, T.I., & Getz, I., *Interrelations entre les aspects émotionnels de la personnalité [Interrelations between emotional aspects of personality]*, In M. Huteau & J. Lautrey, *Approches différentielles en psychologie*, 1999, pp. p365–368., Rennes : Presses Universitaires.
- (23) Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R., "The affective lability scales: development, reliability, and validity", *Journal of Clinical psychology*, 1989, 45(5), 786–793.
- (24) Guilé, J. M., Chapdelaine, C., Desrosiers, L., Cornez, C., Bouvier, H., & Breton, J. J., "Preliminary reliability study of the affective lability scale adapted for adolescents in a francophone clinical population", *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009, 18(4), 293–306.

- (25) Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L., "TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament", *Journal of Affective Disorders*, 2005 85(1-2), 45–52.
- (26) Krebs, M. O., Kazes, M., Olié, J. P., Loo, H., Akiskal, K., & Akiskal, H., "The French version of the validated short TEMPS-A: the temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego.", *Journal of affective disorders*, 2006, 96(3), 271–273.
- (27) Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Haykal, R. F., Manning, J. S., & Connor, P. D., "TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire", *Journal of affective disorders*, 2005, 85(1-2), 3–16.
- (28) Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., "Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems", *Personality and Individuals Differences*, 2001, 30, 1311-1327.
- (29) Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., "Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation." *European Journal of Psychological Assessment*, 2006, 22, 126-131.
- (30) Henry, C., M'baïlara, K., Poinsot, R., & Falissard, B., "Construction et validation d'une échelle dimensionnelle de l'humeur: multidimensional assessment of thymic states (MATHyS) [Construction and validation of a dimensional scale for mood disorders: multidimensional assessment of thymic states (MATHyS)].", *L'Encephale*, 2007, 33(5), 768–774.
- (31) Henry, C., M'Bailara, K., Mathieu, F., Poinsot, R., & Falissard, B., "Construction and validation of a dimensional scale exploring mood disorders: MATHyS (Multidimensional Assessment of Thymic States)", *BMC psychiatry*, 2008, 8, 82.
- (32) Henry, C., Luquiens, A., Lançon, C., Sapin, H., Zins-Ritter, M., Gerard, S., Perrin, E., Falissard, B., & Lukasiewicz, M., "Inhibition/activation in bipolar disorder: validation of the Multidimensional Assessment of Thymic States scale (MATHyS).", *BMC psychiatry*, 2013, 13, 79.
- (33) R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- (34) The Jamovi project (2022). Jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- (35) Lee SA, Choi EJ, Jeon JY, et al., "Insomnia moderates the association between recurrent seizures and emotional instability in persons with epilepsy.", *Epilepsy & Behavior*, 2021; 125:108414.

- (36) Ottoni GL, Lorenzi TM, Lara DR., "Association of temperament with subjective sleep patterns.", *Journal of Affective Disorders*, 2011;128(1-2):120-127.
- (37) Caruso D, Meyrel M, Krane-Gartiser K, et al., "Eveningness and poor sleep quality contribute to depressive residual symptoms and behavioral inhibition in patients with bipolar disorder.", *Chronobiology International*, 2020;37(1):101-110.
- (38) Zagaria A, Vacca M, Cerolini S, et al., "Differential Associations of Cognitive Emotion Regulation Strategies with Depression, Anxiety, and Insomnia in Adolescence and Early Adulthood.", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023;20(10):5857.
- (39) Mojsa-Kaja J, Ivcevic Z., "Emotion regulation strategies and mental health symptoms during COVID-19: the mediating role of insomnia." *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2023;36(1):151-159.
- (40) Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, et al., "Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis.", *Sleep Medicine Review*, 2019 ;43 :96-105.
- (41) Bandelow B, Michaelis S. "Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century.", *Dialogues in clinical neuroscience*, 2015;17(3):327-335.
- (42) Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP., "Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review.", *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 2010;32(1):68-82.
- (43) Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, et al., "Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)", *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72(3):341-348.
- (44) Merrill RM, Ashton MK, Angell E., "Sleep disorders related to index and comorbid mental disorders and psychotropic drugs.", *Annals of general psychiatry*, 2023;22(1):23.
- (45) Seda G, Han TS., "Effect of Obstructive Sleep Apnea on Neurocognitive Performance", *Sleep Medicine Clinics*, 2020;15(1):77-85.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Données socio-démographiques des participants</i>	13
Tableau 2. <i>Comparaison entre les groupes INSEDC et INS des symptômes d'insomnie et dépressifs (ISI et MADRS)</i>	14
Tableau 3. <i>Comparaison entre les groupes INSEDC et INS des données de régulation émotionnelle (auto-questionnaires)</i>	15
Tableau 4. <i>Résumé des principaux résultats</i>	21

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
RESUME	1
INTRODUCTION	3
MATÉRIEL ET MÉTHODES	5
1. Population	5
2. Aspects éthiques.....	6
3. Mesures	6
3.1. AIM.....	6
3.2. ALS	7
3.3. TEMPS-A 39	7
3.4. CERQ	8
3.5. MAThyS	9
4. Objectifs et critères de jugement.....	10
5. Analyses statistiques	10
6. Financement et conflits d'intérêts.....	11
RÉSULTATS.....	12
1. Données socio-démographiques	12
2. Comparaison des groupes	14
2.1. Sévérité de l'insomnie et des symptômes dépressifs	14
2.2. Analyses de la régulation émotionnelle	14
DISCUSSION ET CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	22
LISTE DES TABLEAUX	26
TABLE DES MATIERES.....	27
ANNEXES	I

ANNEXES

AIM

Pour remplir ce questionnaire, basez-vous sur votre mode de fonctionnement habituel, c'est à dire en dehors des périodes où votre humeur est anormalement dépressive ou euphorique/exaltée.

Instructions :

Les questions suivantes portent sur les réactions émotionnelles aux événements de vie habituels. Merci d'indiquer comment **vous** réagissez à ces événements en inscrivant un nombre entre 1 et 6 (échelle ci-dessous) dans l'espace vide précédent chaque item. Merci de baser votre réponse sur la manière dont vous réagissez et **NON PAS** sur la manière dont les autres réagissent ou sur comment vous pensez qu'une personne devrait réagir.

Jamais	Presque jamais	Occasionnellement	Habituellement	Presque toujours	Toujours
1	2	3	4	5	6

1. Quand j'accomplis quelque chose de difficile, je suis ravi(e) ou exalté(e).
2. Quand je suis heureux(se), c'est avec une forte exubérance.
3. J'aime énormément être avec les autres.
4. Je me sens très mal quand je fais un mensonge.
5. Quand je résous un petit problème personnel, je me sens euphorique.
6. Mes émotions ont tendance à être plus intenses que celles de la plupart des autres personnes.
7. Mes périodes d'humeur joyeuse sont si fortes que j'ai l'impression d'être au paradis.
8. Je deviens exagérément enthousiaste.
9. Si je termine une tâche que je jugeais impossible à faire, je me sens en extase.
10. Mon cœur bat vite en attendant un événement excitant.
11. Les films tristes me touchent profondément.
12. Quand je suis heureux(se), c'est un sentiment d'être sans inquiétude et content(e) plutôt qu'excité et plein d'enthousiasme.
13. Quand je parle devant un groupe pour la première fois, ma voix devient tremblante et mon cœur bat vite.
14. Quand quelque chose de bien m'arrive, je jubile habituellement plus que les autres.
15. Mes amis peuvent dire que je suis émotif(ve).
16. Les souvenirs que je préfère sont ceux de périodes où je me sentais content(e) et en paix plutôt que plein d'enthousiasme.
17. La vue de quelqu'un qui est blessé gravement n'affecte profondément.
18. Quand je me sens bien, c'est facile pour moi d'osciller entre des périodes de bonne humeur et des moments où je suis très joyeux(se).
19. "Calme et imperturbable" pourraient facilement me décrire.
20. Quand je suis heureux(se), je me sens comme si j'éclatais de joie.
21. Regarder les images d'un accident de voiture violent dans un journal me donne la nausée.

Jamais	Presque jamais	Occasionnellement	Habituellement	Presque toujours	Toujours
1	2	3	4	5	6

22. Quand je suis heureux(se), je me sens plein d'énergie.
23. Quand je reçois une récompense, je me sens rempli(e) de joie.
24. Quand je réussis quelque chose, ma réaction est une satisfaction calme.
25. Quand je fais quelque chose de mal, j'ai un sentiment très fort de culpabilité et de honte.
26. Je peux rester calme, même les jours les plus pénibles.
27. Quand les choses vont bien, je me sens comme si j'étais "au sommet du monde".
28. Quand je suis en colère, c'est facile pour moi de rester rationnel et de ne pas réagir trop fort.
29. Quand je sais que j'ai fait quelque chose très bien, je me sens détendu(e) et content(e) plutôt qu'excité(e) et exalté(e).
30. Quand je suis anxieux(se), c'est habituellement très fort.
31. Mes humeurs négatives sont habituellement d'intensité légère.
32. Quand je suis excité(e) à cause de quelque chose, je veux partager mes sentiments avec tout le monde.
33. Quand je me sens heureux(se), c'est un sentiment de bonheur calme.
34. Mes amis diraient probablement que je suis quelqu'un de tendu ou très énervé.
35. Quand je suis heureux(se), je déborde d'énergie.
36. Quand je me sens coupable, cette émotion est forte.
37. Je décrirai mes émotions heureuses comme étant plus proches de la satisfaction que de la joie.
38. Quand quelqu'un me fait des compliments, je suis si heureux(se) que je pourrais "exploser".
39. Quand je suis heureux(se), je tremble.
40. Quand je suis heureux(se), mes sentiments sont plus proches de la satisfaction et du calme interne que de l'excitation et de la joie de vivre.

ALS

Pour remplir ce questionnaire, basez-vous sur votre mode de fonctionnement habituel, c'est à dire en dehors des périodes où votre humeur est anormalement dépressive ou euphorique/exaltée.

Instructions :

Ce questionnaire a pour but de décrire l'humeur. En utilisant l'échelle ci-dessous, sélectionnez la lettre qui décrit le mieux chaque question en ce qui vous concerne.

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

Pour chaque item, entourez seulement une réponse.

- 1- Mon cycle de sommeil passe de périodes où je dors parfaitement bien, à des périodes où j'ai des insomnies et je ne peux pas dormir bien du tout.

A B C D

- 2- Il y a des périodes où je me sens très agité(e), et puis peu de temps après, je ne me sens plus du tout agité(e).

A B C D

- 3- Il y a des périodes où je suis si nerveux(se) que j'ai l'impression d'avoir la tête vide et/ou d'avoir le vertige, et puis peu de temps après, je me sens si triste que j'ai des difficultés à être motivé(e) à faire quoi que ce soit.

A B C D

- 4- J'oscille fréquemment de périodes où je m'inquiète plus que d'autres personnes à des périodes où je ne me fais pas plus de souci que les autres.

A B C D

- 5- A certains moments, je me sens aussi détendu(e) que n'importe qui, et en quelques minutes, je deviens si nerveux(se) que j'ai l'impression d'avoir la tête vide et d'avoir un vertige.

A B C D

- 6- Il y a des moments où je m'implique très rapidement dans des activités, ce que je regretterai plus tard, et pour lesquelles je perdrai tout intérêt.

A B C D

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

7- J'oscille entre des moments où je parle beaucoup plus que d'habitude et des moments où j'ai seulement une envie normale de parler.

A **B** **C** **D**

8- Il y a des moments où j'ai très peu d'énergie, et en peu de temps après, j'ai autant d'énergie que la plupart des gens.

A **B** **C** **D**

9- Le plaisir que je prends à effectuer mes activités quotidiennes oscille entre des moments où j'apprécie de les effectuer à d'autres moments où je n'y trouve aucun plaisir.

A **B** **C** **D**

10- La seule chose à laquelle je pense est à quel point je ne vau rien, et très rapidement après, je ne pense qu'aux choses qui m'inquiètent.

A **B** **C** **D**

11- Mes habitudes de sommeil passent fréquemment de périodes où je pourrais dormir toute la journée à des périodes où je n'ai plus beaucoup besoin de dormir.

A **B** **C** **D**

12- Durant une minute, je pense me sentir très bien, et la minute suivante, je suis tendu(e), je réagis à la moindre chose et je suis nerveux(se).

A **B** **C** **D**

13- Quelque fois, je me sens très coupable à propos de choses, et ensuite, tout d'un coup, elles arrêtent de me tracasser.

A **B** **C** **D**

14- J'oscille souvent entre des moments où je contrôle très bien mon humeur à des moments où je ne la contrôle plus du tout.

A **B** **C** **D**

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

15- C'est très courant pour moi d'être très en colère à propos de quelque chose, et ensuite, soudainement de me sentir comme je suis habituellement.

A B C D

16- Très souvent, je me sens très nerveux(se) et tendu(e), et ensuite soudainement, je me sens très triste et abattu(e).

A B C D

17- Quelque fois je passe de sentiments très anxieux au sujet de quelque chose à des sentiments très tristes à leur propos.

A B C D

18- Mon humeur passe rapidement de périodes où je me sens à peu près normal(e) à des périodes où je pourrais rire et faire des plaisanteries toute la journée.

A B C D

19- Il y a des moments où je me sens modérément optimiste au sujet du futur, et tout de suite après, très pessimiste au sujet du futur et de ce qu'il va apporter.

A B C D

20- J'oscille entre des moments où je me sens parfaitement calme à des moments où je me sens très tendu(e) et nerveux(se).

A B C D

21- Il y a des moments où je me sens parfaitement calme durant une minute, et la minute suivante, la moindre chose me rend furieux(se).

A B C D

22- J'oscille entre me sentir déprimé(e) et découragé(e) et des moments où je me sens irritable et nerveux(se).

A B C D

23- Fréquemment, je me sens OK, mais ensuite tout d'un coup, je deviens si fou que je pourrais frapper quelque chose.

A B C D

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

24- J'oscille entre des périodes où je suis très attiré(e) par les relations sexuelles à d'autres périodes où je ne m'intéresse pas du tout aux activités sexuelles.

A **B** **C** **D**

25- Souvent, je peux penser clairement et bien me concentrer pendant une minute, et la minute suivante, j'ai beaucoup de difficultés à me concentrer et à penser clairement.

A **B** **C** **D**

26- J'oscille entre des périodes où je dors parfaitement bien et des périodes où je suis si nerveux que je peux à peine dormir.

A **B** **C** **D**

27- J'oscille entre des périodes où j'ai très envie d'être avec beaucoup de monde à des périodes où je n'ai pas plus envie d'activités sociales que la plupart des autres personnes.

A **B** **C** **D**

28- Il y a des moments où je me sens irritable et nerveux(se), et juste après, où je me sens bien et détendu(e).

A **B** **C** **D**

29- Quelque fois, je me sens déprimé(e) pendant une minute, et la minute suivante, je passe à une période où je suis euphorique.

A **B** **C** **D**

30- Il y a des moments où j'ai l'impression que je ne vaux rien, et ensuite soudainement, je vais commencer à trouver admirable ce que je suis et ce que j'ai fait.

A **B** **C** **D**

31- Quelque fois, je me sens parfaitement bien pendant une minute, et la minute suivante, je vais être en train de pleurer.

A **B** **C** **D**

32- Mon optimisme passe souvent de périodes où je suis très optimiste à des périodes où j'ai le même niveau d'optimisme que n'importe qui d'autre.

A **B** **C** **D**

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

33- Il y a des moments où je me sens si furieux(se) que je ne peux pas m'arrêter de hurler après les autres, et peu de temps après, je ne pense plus du tout à crier après eux.

A B C D

34- J'oscille entre des périodes où je me sens plein d'énergie et d'autres où j'ai si peu d'énergie que c'est un énorme effort juste d'aller là où je dois aller.

A B C D

35- Mon humeur passe souvent de moments où je me sens OK à des moments où je me sens très heureux(se) et "au sommet du monde".

A B C D

36- Il y a des moments où je me sens absolument admirable et d'autres juste après où je me sens exactement comme n'importe qui d'autre.

A B C D

37- J'oscille entre m'inquiéter à propos de beaucoup de choses et des moments où je ne m'intéresse pratiquement à rien.

A B C D

38- Quelque fois, je me sens si triste que la seule chose que je souhaite est d'aller dormir, mais peu de temps après, je peux me sentir si nerveux(se) que je peux à peine dormir.

A B C D

39- Mon niveau de productivité passe fréquemment de moments où je ne suis pas plus productif que n'importe qui d'autre à des moments où je me sens très productif.

A B C D

40- Mon niveau d'appétit change souvent de plus élevé ou plus bas que normal à un niveau parfaitement normal.

A B C D

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

41- Il y a des moments où je me sens tellement furieux(se) que mon cœur bat très fort et/ou je tremble, et des autres peu après, où je me sens détendu(e).

A B C D

42- J'oscille entre n'être pas productif(ve) à des périodes où je suis aussi productif(ve) que tout le monde.

A B C D

43- Quelque fois, j'ai beaucoup d'énergie une minute, et la minute suivante, j'ai tellement peu d'énergie que je peux presque rien faire.

A B C D

44- J'oscille entre me sentir parfaitement calme et ressentir soit que mon cœur bat fort ou va très vite et/ou que j'ai la nausée et/ou que j'ai du mal à respirer.

A B C D

45- Il y a des moments où j'ai plus d'énergie que d'habitude et plus que la plupart des gens, et rapidement après, j'ai à peu près le même niveau d'énergie que n'importe qui d'autre.

A B C D

46- A certains moments, j'ai l'impression de tout faire très lentement, et très rapidement après, j'ai l'impression de ne pas être plus lent que quelqu'un d'autre.

A B C D

47- J'oscille entre penser de manière inhabituellement claire et avec créativité à des périodes où je ne pense pas avec plus de créativité ou de clarté que quelqu'un d'autre.

A B C D

48- Mon cycle de sommeil passe de périodes où j'ai du mal à m'endormir à des périodes où j'ai très peu envie de dormir.

A B C D

Très caractéristique de moi, extrêmement descriptif	Assez caractéristique de moi, assez bonne description de moi	Assez peu caractéristique de moi, ne me décrit pas	Absolument pas caractéristique de moi, de me décrit pas du tout
A	B	C	D

49- A certains moments, j'ai du mal à me concentrer ou à penser, et peu de temps après, je pense beaucoup à toutes les choses qui m'inquiètent.

A **B** **C** **D**

50- Il y a eu de très nombreuses fois où j'ai été si furieux(se) que j'ai rembarré les autres sèchement, mais tout de suite après, j'étais beaucoup plus tolérant envers les autres.

A **B** **C** **D**

51- Il y a des moments où j'adore être avec beaucoup de monde, mais tout de suite après, je préférerais être seul(e) et ne plus voir personne.

A **B** **C** **D**

52- Mon intérêt pour les activités sexuelles semble changer fréquemment et souvent ; je vais être très intéressé(e) par le sexe, et la minute suivante, mon niveau d'intérêt pour le sexe est le même que quelqu'un d'autre.

A **B** **C** **D**

53- J'oscille entre des moments où je n'ai presque pas besoin de sommeil et des moments où j'ai besoin de la même quantité de sommeil que la plupart des gens.

A **B** **C** **D**

54- Ma préférence pour les activités sociales oscille entre des moments où j'apprécie les autres et d'autres où je préfère être moi-même et où je ne vois personne d'autre.

A **B** **C** **D**

TEMPS-A 39

Veuillez lire avec soin chaque énoncé et cocher la bonne réponse. Nous voudrions connaître quel genre de personne vous êtes.

Répondez oui aux propositions qui correspondent à vous **habituellement (c'est-à-dire la plupart du temps)**.

		OUI	NON
01	Mes capacités à penser varient beaucoup (par exemple entre avoir l'esprit vif ou confus)		
02	Je passe de moments où je suis plein d'énergie à des moments où je me sens très paresseux		
03	J'ai des changements brutaux d'humeur et d'énergie		
04	Je peux ressentir les choses de façon très intense ou au contraire très terne		
05	Mon humeur change souvent sans raison		
06	D'un jour à l'autre, je peux être sociable, « boute-en-train », ou au contraire isolé(e), en retrait		
07	Mes sentiments ou mon énergie sont « trop haut » ou « trop bas », rarement « entre les deux »		
08	Ma confiance en moi-même varie d'un extrême à l'autre		
09	Mes besoins de sommeil sont très variables, de quelques heures à plus de 9 heures par nuit		
10	Je peux être d'excellente humeur avant de m'endormir et me réveiller avec la sensation que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue		
11	Je peux apprécier beaucoup quelqu'un puis m'en désintéresser totalement		
12	Je peux être triste et gai(e) en même temps		
13	On me dit que je ne vois pas le bon côté des choses		
14	Je suis le genre de personne qui doute de tout		
15	Je suis assez sceptique		
16	Je ne suis jamais satisfait(e)		
17	Je suis généralement quelqu'un de triste, pas heureux ou mélancolique		
18	Je m'attends toujours au pire et que les choses tournent souvent mal		
19	Je me décourage facilement		
20	Je me plains beaucoup		
21	Les autres me disent que j'explose pour rien (sans qu'on me provoque)		
22	Je peux être si furieux(se) que je pourrais blesser quelqu'un		
23	Je suis souvent si énervé(e) que je jetterais tout		
24	Quand je suis contrarié(e), je peux me bagarrer		
25	Un désaccord avec quelqu'un peut m'entraîner dans une dispute très vive		
26	Quand je suis fâché(e), je peux gifler les personnes		
27	Je suis connu(e) pour jurer beaucoup		
28	On m'a dit que je devenais violent(e) après quelques verres d'alcool		
29	Je suis doué(e) pour la parole. Je sais convaincre et inspirer les autres		
30	J'ai souvent de grandes idées		
31	J'adore lancer de nouveaux projets même s'ils sont risqués		
32	J'aime raconter des blagues. Les gens me trouvent drôle		
33	J'ai des capacités et des connaissances dans de nombreux domaines		
34	Je suis très à l'aise avec des gens que je connais à peine		
35	J'adore être en compagnie de nombreuses personnes		
36	J'aime être mon propre patron		
37	J'ai souvent peur que quelqu'un de ma famille souffre d'une maladie grave		
38	Je pense toujours que quelqu'un m'annonce de mauvaises nouvelles pour quelqu'un de ma famille		
39	Si quelqu'un rentre tard à la maison, j'ai peur qu'il ait eu un accident		

CERQ**Code**

:

Tout le monde se trouve un jour ou l'autre confronté à des événements négatifs ou désagréables et chacun y réagit à sa façon. En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables.

"Lorsque je vis des événements négatifs ou désagréables..."

	Presque jamais	Parfois	Régulièremen-	Souvent	Presque toujours
1. J'ai le sentiment que je suis celui/celle à blâmer pour ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
2. Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.	1	2	3	4	5
3. Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
4. Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues.	1	2	3	4	5
5. Je pense à la meilleure façon de faire.	1	2	3	4	5
6. Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.	1	2	3	4	5
7. Je pense que tout cela aurait pu être bien pire.	1	2	3	4	5
8. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est bien pire que ce que d'autres ont vécu.	1	2	3	4	5
9. J'ai le sentiment que les autres sont à blâmer pour ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
10. J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
11. Je pense que je dois accepter la situation.	1	2	3	4	5
12. Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
13. Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
14. Je pense à la meilleure manière de faire face à la situation.	1	2	3	4	5
15. Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
16. Je pense que d'autres passent par des expériences bien pires.	1	2	3	4	5
17. Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.	1	2	3	4	5
18. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
19. Je pense aux erreurs que j'ai commises par rapport à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
20. Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
21. Je veux comprendre pourquoi je me sens ainsi à propos de ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
22. Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
23. Je pense à la manière de changer la situation.	1	2	3	4	5
24. Je pense que la situation a aussi des côtés positifs.	1	2	3	4	5
25. Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison	1	2	3	4	5

à d'autres situations.

	Presque jamais	Parfois	Régulièremen- t	Souvent	Presque toujours
26. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un.	1	2	3	4	5
27. Je pense aux erreurs que les autres ont commises par rapport à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
28. Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
29. Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
30. Je pense sans cesse aux sentiments que la situation a suscités en moi.	1	2	3	4	5
31. Je pense à des expériences agréables.	1	2	3	4	5
32. Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.	1	2	3	4	5
33. Je cherche les aspects positifs de la situation.	1	2	3	4	5
34. Je me dis qu'il y a pire dans la vie.	1	2	3	4	5
35. Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.	1	2	3	4	5
36. J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5

French MAThys (Multidimensional Assessment of Thymic States)

Cette échelle a pour but **d'évaluer votre état** au cours de la **dernière semaine**. Pour chaque item, indiquez par un trait où vous pensez vous situer en fonction des deux propositions sachant que le centre du trait représente votre état habituel

- | | | |
|---|----------|--|
| 1- Je suis moins sensible que d'habitude aux | couleurs | Je suis plus sensible que d'habitude aux couleurs |
| 2- Je manque de tonus | | J'ai une tension musculaire importante |
| 3- J'ai l'impression d'être anesthésié(e) sur le plan des émotions | | J'ai parfois le sentiment de perdre le contrôle de mes émotions |
| 4- Je suis replié(e) sur moi | | Je suis désinhibé(e). |
| 5- Je suis facilement distrait(e), la moindre chose me fait perdre mon attention | | Je ne suis pas attentif à mon environnement |
| 6- Je suis plus sensible que d'habitude au toucher | | Je suis moins sensible que d'habitude au toucher |
| 7- J'ai l'impression que mon humeur varie beaucoup en fonction de mon environnement | | Mon humeur est monotone et peu changeante |
| 8- Je suis particulièrement sensible à la musique | | Je suis plus indifférent que d'habitude à la musique |
| 9- Mon cerveau ne s'arrête jamais | | Mon cerveau fonctionne au ralenti |
| 10- Je suis plus réactif (ve) à mon environnement | | Je suis moins réactif à mon environnement |
| 11- Je me sens sans énergie | | J'ai le sentiment d'avoir une grande énergie |
| 12- J'ai le sentiment que mes pensées sont ralenties | | J'ai le sentiment que mes idées défilent dans ma tête |
| 13- Je trouve la nourriture sans goût | | Je recherche les plaisirs gastronomiques car j'en apprécie davantage les saveurs |
| 14- J'ai moins envie de communiquer avec les autres | | J'ai plus envie de communiquer avec les autres |
| 15- Je manque de motivation pour aller de l'avant | | Je multiplie les projets nouveaux |
| 16- Ma perte d'intérêt pour mon environnement m'empêche de gérer le quotidien. | | J'ai envie de faire plus de choses que d'habitude |
| 17- Je prends les décisions de manière plus rapide que d'habitude. | | J'ai plus de difficultés que d'habitude à prendre des décisions |

18- Je ressens les émotions de manière très intense.

Mes émotions sont atténuées

19- Je suis ralenti(e) dans mes mouvements.

Je suis physiquement agité(e)
J'ai l'impression d'être plus sensible
aux odeurs que d'habitude

20- J'ai l'impression d'être moins sensible aux odeurs que d'habitude.

Au cours de cette même période, précisez quels types d'émotions vous avez ressentis, en précisant leur fréquence :

Tristesse	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment
Joie	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment
Irritabilité	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment
Panique	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment
Anxiété	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment
Couère	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment
Exaltation	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Constamment

Score :

GARRIVET Julie**Régulation émotionnelle dans l'insomnie avec ou sans épisode dépressif caractérisé : une étude descriptive comparative**

Introduction : Dans l'insomnie chronique comme dans l'épisode dépressif caractérisé, deux troubles intimement liés par leur prévalence et leur potentiel comorbides, une altération de la régulation émotionnelle est fréquemment associée. Il existe des efforts internationaux pour mieux phénotyper l'insomnie et la dépression afin d'en comprendre davantage concernant ses aspects physiopathologiques et étiologiques, mais également afin de proposer des traitements plus personnalisés.

Matériel et Méthode : Cette étude descriptive observationnelle a été menée sur 57 participants, 27 présentaient une insomnie avec épisode dépressif caractérisé et 30 une insomnie isolée sans épisode dépressif selon le DSM-5. La MADRS a permis une évaluation psychométrique standardisée de la symptomatologie dépressive. Tous les participants ont répondu à des auto-questionnaires évaluant différents aspects de la régulation émotionnelle : AIM (intensité émotionnelle), ALS (labilité émotionnelle), TEMPS-A (tempérament), CERQ (stratégies cognitives de régulation émotionnelle) et MATHyS (aspects d'activation ou inhibition de la réactivité émotionnelle).

Résultats : Entre les deux groupes, des différences statistiquement significatives concernant la labilité émotionnelle du point de vue de la variation anxiété/dépression, le tempérament dépressif et l'activation ou l'inhibition de la motricité et de la motivation ont été observées. Enfin les stratégies cognitives de régulation émotionnelle étaient différentes sur le plan du blâme de soi ($p = 0,004$) et du catastrophisme ($p < 0,001$).

Conclusion : Cette étude exploratoire observe des variabilités de régulation émotionnelle dans l'insomnie. Notamment, du point de vue cognitif, les patients avec trouble insomnie et épisode dépressif auraient davantage recours au blâme de soi et au catastrophisme que les patients avec trouble insomnie sans épisode dépressif. Ces mêmes patients auraient également une plus grande inhibition de la motivation et de la motricité en comparaison avec les patients avec trouble insomnie sans épisode dépressif. Ces résultats encouragent la réalisation d'études similaires, avec de plus grands effectifs, multicentriques et ciblées, afin de confirmer ces données. Ils ouvrent des perspectives cliniques intéressantes centrées sur la régulation émotionnelle avec une possible personnalisation du traitement du trouble insomnie.

Mots-clés : insomnie chronique ; épisode dépressif caractérisé ; régulation émotionnelle

Emotional regulation in insomnia with or without major depressive disorder: a comparative descriptive study

Introduction: In chronic insomnia, as in major depressive disorder, two disorders intimately linked by their prevalence and their comorbid potential, an alteration in emotional regulation is frequently associated. International efforts are being made to phenotype insomnia and depression in order to better understand their physiological and etiological aspects, but also to propose more personalized treatments.

Material and Method: This descriptive observational study was conducted on 57 participants, 27 with insomnia and major depressive disorder and 30 with insomnia without major depressive disorder according to DSM-5. The MADRS provided a standardized psychometric assessment of depressive symptomatology. All participants completed self-administered questionnaires assessing different aspects of emotional regulation: AIM (emotional intensity), ALS (emotional lability), TEMPS-A (temperament), CERQ (cognitive strategies of emotional regulation) and MATHyS (activation/inhibition aspects of emotional reactivity).

Results: Between the two groups, statistically significant differences in emotional lability in anxiety/depression states, in depressive temperament, and in activation or inhibition of motor skills and motivation were observed. Finally, cognitive strategies of emotional regulation differed in self-blame ($p = 0.004$) and catastrophizing ($p < 0.001$).

Conclusion: This exploratory study observed variability in emotional regulation in insomnia, particularly in cognitive aspects: patients with insomnia and major depressive disorder had a greater tendency toward self-blame and catastrophizing than patients with insomnia without major depressive disorder. These patients also showed more inhibition of motivation and motor skills than patients with insomnia without a depressive disorder. These results support the conduct of similar studies with larger headcount, multicentric and targeted, to confirm these exploratory findings. These results open up interesting clinical prospects, centered on emotional regulation, with the possibility of personalizing insomnia treatment.

Keywords: chronic insomnia; major depressive disorder; emotional regulation