

Université de Montréal

**Rêves dysphoriques et agression sexuelle :  
Contenu thématique des cauchemars d'enfants victimes**

par  
Alexandra Duquette

Département de psychologie  
Faculté des arts et des sciences

Essai présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de doctorat  
en psychologie (D.Psy) option psychologie clinique  
Sous la direction d'Antonio Zadra, PhD et de Mireille Cyr, PhD

Août 2018

© Alexandra Duquette, 2018

## Résumé

Cette étude exploratoire vise la description du contenu thématique des cauchemars d'enfants victimes d'agression sexuelle (AS). Les récits de cauchemars ont été recueillis au Centre d'expertise Marie-Vincent lors de l'évaluation d'enfants pour lesquels des allégations d'AS ont été jugées fondées. Au total, 63 récits ont été transcrits, provenant de 51 filles et 12 garçons âgés de 4 à 14 ans ( $M$ : 9,7 ans). Une analyse descriptive du contenu thématique de leurs cauchemars a été réalisée en partie à l'aide du système de codification Hall et Van de Castle (interactions, personnages, émotions, malchance). Les différences dans le contenu descriptif ont été explorées selon divers paramètres distinctifs de l'AS (p. ex : fréquence, sévérité, polyvictimisation, genre de la victime, âge lors de la 1<sup>ière</sup> AS et lien avec l'agresseur). Les principaux résultats indiquent que les cauchemars d'enfants victimes d'AS présentent majoritairement des *créatures ou animaux malveillants* (31,7%), des *agressions physiques ou violence explicite* (23,8%) ainsi que des *agressions sexuelles* (22,2%). Bien que les analyses de chi-carré effectuées pour évaluer les différences dans le contenu thématique selon des caractéristiques de l'agression soient statistiquement non significatives, des tailles d'effets modérées ont été obtenues pour certaines relations. Des pistes de réflexion sont amenées en regard de la littérature sur le contenu des cauchemars en lien avec les résultats obtenus. De même, les limites de l'étude et les avenues futures pour la recherche dans ce domaine sont discutés.

**Mots-clés :** psychologie clinique, rêves dysphoriques, cauchemars, agressions sexuelles, enfance

**Abstract**

This exploratory study describes the thematic content of nightmares reported by sexually abused (SA) children. The nightmare reports were collected at the Centre d'expertise Marie-Vincent during assessment interviews of children for whom allegations of SA were substantiated. A total of 63 dream reports from 51 girls and 12 boys between 4 and 14 years of age (*M*: 9.7) were transcribed. The reports were subsequently analysed for thematic content and with Hall & Van de Castle's dream coding system (interactions, characters, emotions, misfortunes). The differential relations between the children's specific trauma history (frequency, severity, poly-victimization, victim's gender, age of first occurrence of abuse, relationship with the perpetrator) and dream content variables were also explored. The most frequently reported themes in this sample of nightmares involved the presence of creatures or malicious animals (31.7%), physical abuse or explicit violence (23.8%) and sexual abuse (22.2%). While chi-square statistical analyses used to test differential impacts of trauma history on dream content were non-significant, some moderate effect sizes were found. The results are discussed in relation to the broader literature on nightmare content and the study's limits and future research venues presented.

**Keywords :** clinical psychology, dysphoric dreams, nightmares, sexual abuse, children

**Table des matières**

<b>Résumé</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>Liste des tableaux</b> .....	v
<b>Liste des abréviations et symboles</b> .....	vi
<b>Remerciements</b> .....	vii
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Méthodologie</b> .....	11
<b>Résultats</b> .....	14
<b>Discussion</b> .....	17
<b>Tableaux</b> .....	24
<b>Références</b> .....	27

**Liste des tableaux**

**Tableau 1**

Classification et définition des catégories thématiques identifiées dans les rêves dysphoriques d'enfants victimes d'agression sexuelle .....24

**Tableau 2**

Exemples de récits de cauchemars selon le niveau de répliation du traumatisme : répliatif, réplique indirecte ou symbolique .....25

**Tableau 3**

Distribution de fréquence des catégories thématiques dans les récits de cauchemars.....25

**Tableau 4**

Effectifs des catégories de contenu onirique tirées du système de codification Hall et Van de Castle.....26

**Liste des abréviations et symboles**

AS	Agression sexuelle
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
AP	Agression physique
CTL	Groupe contrôle
K-SADS	<i>Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
HVC	Hall et Van de Castle
CEMV	Centre d'expertise Marie-Vincent
<i>ÉT</i>	Écart-type
<i>M</i>	Moyenne
n	Nombre
H	Homme
G	Garçon
F	Femme/fille
<i>F</i>	Test exact de Fischer
$\chi^2$	Chi-carré
Phi ou $\phi$	Coefficient phi
ns	Non significatif

## Remerciements

Le dépôt de cet essai marque la fin d'une épopée mémorable, d'un accomplissement personnel, mais aussi le début d'une nouvelle étape dans mon développement professionnel. Tout cela n'aurait pas été possible sans le support et l'aide de nombreuses personnes que je souhaite remercier. J'aimerais tout d'abord remercier chaleureusement mon directeur, Antonio Zadra, pour son soutien tout au long de cette aventure académique que furent le doctorat et la réalisation de ce projet de recherche. Que ce soit pour me donner le petit coup de pouce nécessaire pour aller de l'avant, pour me rassurer ou simplement discuter, mon parcours n'aurait pas été aussi agréable et marquant sans ta présence. Merci également à Mireille Cyr également, ma codirectrice hors pair, qui m'a éclairé là où le chemin m'était moins connu. Tes conseils judicieux et tes commentaires méticuleux ont permis à ce projet de prendre forme et d'être à son meilleur.

J'aimerais également souligner l'aide de plusieurs acteurs dans ce projet, notamment Gina St-Denis et les intervenantes du Centre d'expertise Marie-Vincent qui m'ont accueillie et aidé durant la collecte de données. Merci aussi à toute l'équipe du CRIPCAS, incluant Pierre McDuff, qui a toujours une réponse rassurante aux questions de statistiques. Je suis aussi reconnaissante de l'aide financière apportée par le FRQSC et le CRIPCAS tout au long de mon cheminement, grâce à laquelle j'ai pu consacrer davantage d'énergie à mes études.

J'aimerais adresser des remerciements tout particuliers à mes collègues et amis, dont l'humour, les encouragements et la complicité ont nourri des amitiés et parsemé ces dernières années de brins de bonheur indispensables à ma survie académique. Merci du fond du coeur à Catherine, Vanessa, Sabryna, Roxanne, Marie-Maxime, Jeanne, François, Cristina, Marie-Ève, Valérie, Élise...et tous les autres ! Je remercie mes superviseuses cliniques, Marie-Hélène

Pennestri, Stéphanie Couture et Anne-Claude Simoneau, pour leur patience et leur confiance. Vous m'avez accompagnée dans mon développement comme clinicienne, m'avez donné goût à la vocation de psychologue et avez cru en mon potentiel.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, qui m'ont enveloppée d'encouragements et d'affection durant la réalisation de mon doctorat. Merci à ma sœur Catherine, à ma famille, à mon amoureux Joël, ainsi qu'à mes amies Stefanie, Émilie et Sabrina.

Merci d'avoir été là !



## **Rêves dysphoriques et agression sexuelle :**

### **Contenu thématique des cauchemars d'enfants victimes**

Au courant de notre vie, nous pouvons être exposés à des événements de nature traumatique qui peuvent laisser des traces physiques et psychologiques. D'après le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; APA, 2013), pour qu'un événement puisse être qualifié de traumatique, il doit correspondre à l'exposition d'un individu, de façon directe ou indirecte, soit à la mort ou à une menace de mort, à des blessures graves, à une menace à l'intégrité physique ou à de la violence sexuelle. L'expérience de cauchemars, qui constitue l'une des manifestations les plus fréquemment retrouvées chez les individus ayant fait face à des événements traumatiques, fera l'objet de cette étude, plus spécifiquement chez les enfants victimes d'agression sexuelle (AS).

La présente étude vise en premier lieu à dresser un portrait des connaissances actuelles en ce qui a trait aux définitions et à la prévalence de l'AS à l'enfance. En second lieu, nous exposerons les liens entre rêves dysphoriques, trouble de stress posttraumatique (TSPT) et expériences traumatiques à l'enfance, avant de s'attarder à ce qu'on connaît sur le contenu des cauchemars des victimes. Étant donné que les liens entre cauchemars, enfance et agressions sexuelles ont été peu étudiés, il a été choisi d'élargir le champ de la revue de littérature sur les cauchemars à d'autres formes de traumatismes à l'enfance. Ainsi, les expériences de maltraitance incluant agressions physiques, sévices psychologiques et négligence sont également prises en compte, de même que des événements traumatiques tel qu'un accident, un enlèvement ou l'exposition à un climat de guerre. Nous énoncerons ensuite les principaux objectifs de l'étude avant d'en décrire les résultats. Finalement, une discussion suivra portant sur les conclusions tirées en tenant compte de la littérature existante.

### **Définition, prévalence et impacts de la maltraitance à l'enfance**

D'après une étude épidémiologique conduite auprès d'un échantillon national canadien adulte, une proportion importante, soit 76% des répondants rapportent avoir été exposés à au moins un événement traumatique au courant de leur vie (Van Ameringen, Mancini, Patterson et Boyle, 2008). Dans le cas plus précis de l'AS à l'enfance, une méta-analyse portant sur des données internationales rapporte des taux globaux de 19,7% dans des échantillons féminins et de 7,9% pour les échantillons masculins (Pereda, Guilera, Forns et Gomez-Benito, 2009).

De même, dans des études populationnelles québécoises, les résultats indiquent qu'un homme sur dix et environ une femme sur cinq rapportent avoir subi une AS à l'enfance (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, 2006 ; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr et Baril, 2008). Notons toutefois que près du tiers des victimes rapportent rétrospectivement (à l'âge adulte) n'avoir jamais dévoiler leur agression (Baril et Tourigny, 2010; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009; London, Bruck, Ceci et Shuman, 2005) et qu'entre 55% et 69% ne l'ont jamais fait à l'enfance (London, Bruck, Wright et Ceci, 2008), indiquant que les données des études populationnelles pourraient être sous-estimées.

En plus de l'ampleur de la prévalence des traumatismes, on estime généralement qu'une proportion significative des victimes, soit 8 à 15% des hommes et 13 à 26% des femmes, seront affectées par un TSPT à un moment dans leur vie (Van Ameringen et al., 2008). Par ailleurs, selon des études portant sur des échantillons occidentaux, la prévalence à vie du TSPT dans la population générale varierait de 1 à 9% (APA, 2013; Davidson, Hugues, Blazer et George, 1991; Perkonigg, Kessler, Storz et Wittchen, 2000; Van Ameringen et al., 2008). Il est à noter qu'il existe également une large population de personnes ayant vécu des traumatismes qui présentent des profils sous-cliniques.

Parmi les traumatismes pouvant affecter le parcours de vie d'un individu, la maltraitance à l'enfance (dont l'AS fait partie mais qui inclue également les sévices corporels, psychologiques et la négligence) constitue l'une des formes de traumatismes dont l'impact est le mieux documenté. Bien que les définitions varient selon les auteurs, une agression sexuelle envers un enfant peut être définie comme : « tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou des personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur (de moins de 18 ans). Ces actes sexuels ont pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou de l'utiliser pour se stimuler soi-même sexuellement ou pour stimuler une autre personne. » (Tourigny et Baril, 2014).

### **Rêves dysphoriques comme marqueur d'un historique de maltraitance**

Les rêves dysphoriques, qui incluent les cauchemars et les mauvais rêves, font partie des symptômes les plus fréquents chez des victimes de traumatismes, qu'elles souffrent d'un TSPT ou non, incluant les victimes de maltraitance. Ce sont aussi des symptômes qui perdurent dans le temps (Kessler et al., 2005; Kramer et Kinney, 1988; Duval et al., 2013) et qui constitueraient, avec les difficultés de sommeil, un facteur important dans le maintien ou l'aggravation des symptômes d'un TSPT (Germain, 2013).

Les rêves dysphoriques se caractérisent par l'expérience d'émotions négatives intenses, telles que la peur, la colère ou l'anxiété (Robert et Zadra, 2014; Duval et Zadra, 2010). Dans la littérature, on différencie habituellement le cauchemar du mauvais rêve par le critère de l'éveil, le cauchemar engendrant le réveil mais pas nécessairement le mauvais rêve. Il est également répandu de considérer le cauchemar comme une forme plus sévère de mauvais rêve, caractérisé par des émotions négatives plus intenses (Robert et Zadra, 2014).

Chez des enfants victimes d'un traumatisme, la prévalence estimée des cauchemars après l'événement traumatique varie entre 50% à 80% selon les études, certaines d'entre elles indiquant également que cette prévalence augmenterait avec le degré d'exposition à l'événement (Arnberg, Rydelius et Lundin, 2011; Pynoos et al., 1987; Thabet et Vostanis, 2009; Kovachy et al., 2013). Trois études comparatives rapportent que chez des victimes d'AS à l'enfance, la prévalence de cauchemars fréquents serait plus élevée que chez celles n'en ayant pas vécu, de même que la présence d'insomnie plus commune (Noll, Trickett, Susman et Putnam, 2005; Agargun, Kara, Özer, Kiran et Kiran, 2003; Cuddy; 1990). Ainsi, dans l'étude longitudinale de Noll et collaborateurs (2005), après un suivi de dix ans, l'expérience d'AS à l'enfance (78 victimes d'AS à l'enfance et 69 participants CTL) prédisait toujours davantage ( $p = .007$ ) et de façon unique (5%) la présence de problèmes liés au sommeil (cauchemars, insomnie), même en contrôlant pour la présence de psychopathologie comorbide (TSPT, dépression). Par ailleurs, une étude a révélé une augmentation de la fréquence des cauchemars chez des adultes victimes d'AS à l'enfance, ainsi que de la détresse associée à ces derniers, en fonction de la sévérité de l'agression (Duval et al., 2013).

Diverses théories ont été avancées pour expliquer le rôle que peuvent jouer les rêves et cauchemars dans l'adaptation au stress post-traumatique. Une des théories ayant reçu le plus d'attention a tout d'abord été mise de l'avant par Hartmann (1995) et plus tard appuyée par le modèle neurocognitif de Nielsen et Levin (2007). La théorie de Hartmann stipule que les rêves agiraient à titre de processus homéostatique mettant en jeu la mémoire émotionnelle et la régulation affective, permettant d'intégrer les expériences diurnes aux expériences oniriques. Ainsi, les rêves permettraient aux victimes de traumatismes de digérer l'événement troublant de façon graduelle, en assimilant le souvenir et les émotions douloureuses rattachées à d'autres

éléments en mémoire. Selon Hartmann, immédiatement après un évènement traumatique, ce processus intégratif naturel serait surchargé étant donné l'incompatibilité des nouvelles images traumatiques avec les souvenirs précédents. Graduellement, une recontextualisation des images traumatiques s'opérerait en liant les émotions dominantes associées au trauma (p. ex., terreur, colère, impuissance, tristesse) à de nouveaux éléments en mémoire ou à des souvenirs plus anciens, permettant l'extinction de la peur due à son incompatibilité avec les nouveaux contextes. L'intégration du souvenir traumatique ne serait cependant pas toujours possible ou efficace, ce qui résulterait en des symptômes de TSPT, tout particulièrement les symptômes intrusifs dont les cauchemars posttraumatiques récurrents feraient partie (Hartmann, 1998; Hartmann, Zborowski, Rosen et Grace, 2001; Nielsen et Levin, 2007).

Selon le modèle neurocognitif de Nielsen et Levin (2007), ces cauchemars résistants à l'extinction relèveraient plus spécifiquement d'une dysfonction du réseau de la régulation affective, comprenant plusieurs régions du système limbique ainsi que le cortex préfrontal médian. Ce modèle définit deux facteurs : la charge affective et la détresse affective, qu'elle met en lien au niveau cognitif (fonctions impliquées) et neuronal (régions impliquées) selon deux degrés d'explication : rêves typiques ou pathologiques. Alors que la charge affective représenterait l'influence sur les rêves d'événements stressants mais transitoires et situationnels tel que les conflits interpersonnels, la détresse affective est conceptualisée comme un trait de personnalité modulé par l'histoire personnelle et amène certaines personnes à réagir avec de fortes émotions négatives suivant des situations de stress. Selon les auteurs du modèle, les cauchemars répliatifs posttraumatiques existeraient à l'extrême d'un continuum où l'impact de la charge affective et la détresse affective sur les rêves serait à son apogée.

En continuité avec cette catégorisation, on distingue d'ailleurs dans la littérature trois types de cauchemars posttraumatiques retrouvés habituellement chez des victimes de trauma, qu'elles souffrent d'un TSPT ou non : 1) les cauchemars posttraumatiques répliatifs, consistant en la réplique quasi-exacte de l'événement traumatique initial, 2) les cauchemars posttraumatiques mixtes, partiellement similaire au trauma et 3) les cauchemars posttraumatiques non répliatifs (symboliques), faisant référence à l'événement traumatique de façon plus indirecte ou symbolique (Schreuder, Igreja, van Dijk, et Kleijn, 2001; Phelps, Forbes et Creamer, 2008).

Ces mécanismes de décontextualisation ou d'extinction de la peur pourraient être mis en évidence par l'évolution constatée par certains auteurs dans le contenu des rêves dysphoriques d'enfants victimes de traumatismes, où ceux-ci évolueraient d'une réplique du trauma au niveau des diverses modalités sensorielles (Nader, 1996; Terr, 1979) à une représentation plus déguisée du contenu, quand l'intégration graduelle du trauma serait efficace (Terr, 1983; 1991). De même, une étude portant sur des enfants victimes d'accidents de la route a trouvé que la présence de cauchemars posttraumatiques répliatifs était fortement associée à des scores plus élevés pour le TSPT (Wittman, Zehnder, Schredl, Jenni et Landolt, 2010), suggérant une difficulté dans l'intégration du trauma. Des phénomènes similaires ont également été documentés chez des adultes ayant vécu des traumatismes (Mellman, David, Bustamante, Torres et Fins, 2001; Mellman et Pigeon, 2005).

D'autre part, une étude effectuée auprès d'enfants exposés à des traumatismes en contexte de guerre suggère également qu'un haut niveau de rappel onirique pourrait être bénéfique pour la santé mentale des enfants, puisque leurs niveaux d'agressivité et de symptômes dépressifs seraient abaissés (Punamäki, Ali, Ismahil et Nuutinen, 2005). Selon les

auteurs, ce haut niveau de rappel pourrait indiquer le travail psychologique d'intégration des images traumatiques par l'entremise du contenu onirique.

### **Contenu des rêves dysphoriques et maltraitance durant l'enfance**

Concernant le contenu des cauchemars eux-mêmes, plusieurs études qualitatives et quantitatives (Ellenson, 1985; King et Sheehan, 1996; Cuddy, 1990) ont déjà mis en évidence quelques caractéristiques propres à certains types d'agressions ou traumatismes à l'enfance. Les premières études portant sur le lien entre le contenu des rêves dysphoriques et la maltraitance dans l'enfance étaient de nature qualitative et descriptive. Elles ont été conduites principalement dans des contextes thérapeutiques auprès de victimes maintenant adultes (récits rétrospectifs). Pour les adultes victimes d'agression sexuelle ou d'inceste à l'enfance, quelques thèmes les plus fréquemment répertoriés incluent : la présence d'un monstre ou d'une entité malveillante inconnue (Robinson, 1982; Ellenson, 1985), la guerre et les catastrophes naturelles (Ellenson, 1985), de la violence explicite ou sadique envers le corps (Arvanitakis, Jodoin, Lester, Lissier et Robertson, 1993; Garfield, 1987; Ellenson, 1985), de la terreur, la peur d'un démon, se faire attaquer avec un couteau (Bowater, 2009; Arvanitakis et al., 1993), des serpents ou de vers (Barry et Johnson, 1958; Dunlop, Cuddy, Belicki et Belicki, 1987; Weiss, Rogers, Darwin et Dutton, 1955) ainsi qu'un contenu sexuel (Burgess et Holmstrom, 1978; Kavalier, 1987).

Afin de pallier les limites méthodologiques des études qualitatives (faible échantillon, absence de groupe de comparaison ou d'une procédure permettant de décrire de manière plus systématique et contrôlée le contenu du rêve) quelques chercheurs ont effectué une investigation quantitative du contenu des rêves dysphoriques en lien avec la maltraitance, toujours de façon rétrospective (Cuddy, 1990; Cuddy et Belicki, 1992). Des données sur le

sommeil et les rêves ont ainsi été recueillis auprès de 163 participantes adultes recrutées dans des programmes de baccalauréat, incluant le récit de leur pire cauchemar, un récit de cauchemar typique ainsi qu'un inventaire des principaux thèmes de leurs récits. Les différences entre les contenus des cauchemars de victimes d'agression physique (AP : n = 33), d'agression sexuelle (AS: n = 60, incluant 14 avec aussi AP) et de participantes n'ayant pas subi de maltraitance dans l'enfance (CTL : n = 70) ont ensuite été investigués. Les résultats indiquent que les victimes d'AS présentent surtout dans leurs cauchemars plus d'activité sexuelle associée à des émotions négatives, plus de violence explicite (avec démembrement ou sang) et font plus souvent références au corps et à l'anatomie (incluant sexuelle) comparativement aux deux autres groupes. Leurs récits comprennent également plus d'hommes étrangers comme personnage central, de personnages « sans visages », de serpents et de vers de terre ainsi que de présences diaboliques. À noter que seulement 15% d'entre elles rapportent un cauchemar impliquant une AS explicite.

Ainsi, la majorité des récits investigués dans cette étude n'impliquent pas de réplique du traumatisme mais semble plutôt refléter le vécu émotionnel lié. Toutefois, la mort du rêveur est davantage rapportée dans les pires cauchemars des victimes de sévices physiques par rapport à ceux des deux autres groupes et la mort d'un autre personnage est plus fréquente pour les non-victimes et les victimes d'AS que pour les victimes d'AP. Qui plus est, en prenant compte des données recueillies sur les pires cauchemars, des analyses statistiques (catégorisation discriminante) permettent de classifier l'appartenance des participantes à l'un de trois groupes (AS, AP ou CTL) avec 79% d'exactitude. Ces résultats soulignent alors la capacité du contenu des pires cauchemars à distinguer divers types d'abus plus efficacement que les cauchemars typiques ou les rêves quotidiens (Belicki et Cuddy, 1996).



Le contenu des cauchemars d'enfants exposés à de la violence a déjà été examiné dans certains contextes traumatiques tel que la guerre ainsi que l'enlèvement d'une classe d'enfants (Terr, 1979; 1983; Punamäki, 1997; 1998; 2005; Valli, Revonsuo, Pälkäs et Punamäki, 2006). Toutefois, concernant le contenu onirique des cauchemars d'enfants ou de mineurs victimes d'AS (dont l'événement traumatique est plus rapproché dans le temps), les études sont plus rares. Dans une étude qualitative (Sebold, 1987) portant sur des entrevues de vingt-deux thérapeutes ayant évalué ou traité des jeunes garçons victimes d'AS, on rapporte que leurs rêves comprendraient plus de thèmes de poursuites, de punitions et d'isolement. Selon l'étude, les rêves des jeunes victimes exprimeraient également une peur d'être contrôlés par une entité plus puissante qu'eux.

Par ailleurs, une étude descriptive (Garfield, 1987) ayant porté sur un échantillon de treize adolescentes (entre 13 et 20 ans) ayant été agressées sexuellement a permis de mettre en lumière des contenus plus symboliques dans leurs pires cauchemars, les thèmes les plus présents étant des attaques et poursuites (46%) dont la majorité résultait en la mort du rêveur ou d'un proche, suivi d'un pressentiment de quelque chose d'épouvantable (23%). Les émotions les plus fréquemment rapportées étaient l'impuissance (92%) et la terreur (85%). De plus, lorsqu'un antagoniste était présent dans le rêve, il s'agissait de l'agresseur connu dans plus de la moitié des récits (55%).

Plus récemment, un projet d'étude québécois (Hébert-Ratté, Hébert, Zadra, Blais et Lavoie, 2016) a comparé les données recueillies lors d'une étude longitudinale auprès de 627 adolescents victimes d'AS (86% de filles, 14% de garçons) qui ont été pariés selon l'âge et le sexe avec 627 adolescents non victimes, du même échantillon. À l'aide de l'instrument de cotation des rêves de Hall et Van de Castle (HVC; 1966), ils ont pu déterminer que les

victimes d'AS rapportaient plus souvent un pire cauchemar impliquant des interactions sexuelles (non souhaitées, dans 85,9% des cas) et que ce taux était d'autant plus important lorsque l'AS était intrafamiliale (68,7% vs 55,5% pour extra-familial), suggérant ici une possible augmentation de la sévérité des séquelles de l'AS selon la proximité du lien avec l'agresseur.

Tout en considérant que la recherche sur le contenu des cauchemars des victimes de maltraitance en est à ses débuts, des patrons semblent se dégager des cauchemars d'individus avec un historique d'agression dans l'enfance. Toutefois, les résultats empiriques ne vont pas toujours dans le même sens, et les devis et les outils de cotation pour les variables diffèrent aussi grandement d'une étude à l'autre. De plus, pour plusieurs victimes, l'expérience d'AS peut être accompagnée d'autres formes de mauvais traitements (violence physique ou psychologique) aussi appelée « polyvictimisation ». Ainsi, tenter de classifier les victimes de maltraitance dans des catégories distinctes d'agression (ex : AS, AP) apparaît hasardeux si l'on souhaite représenter la réalité clinique. Par ailleurs, l'utilisation de mesures rétrospectives pour évaluer la présence ou l'absence d'un historique de maltraitance ainsi que pour l'évaluation du contenu des cauchemars (souvent plus de 10-15 ans après les événements rapportés) posent certains problèmes méthodologiques. En effet, la qualité du rappel onirique est affectée par le passage du temps et les souvenirs, à la fois des cauchemars et de l'agression, peuvent être déformés ou dissociés.

Or, alors que peu d'études se sont penchées sur le contenu des cauchemars d'enfants victimes de traumatisme, pratiquement aucune ne s'est intéressée à celui de jeunes victimes d'agression sexuelle. Pourtant, le fait de s'intéresser à leur vécu onirique, alors que l'agression

est récente, permettrait d'obtenir un portrait plus juste de l'impact des expériences traumatiques sur le contenu des cauchemars des victimes.

La présente étude a pour principal objectif de décrire le contenu thématique des récits de cauchemars d'enfants qui ont subi une AS (thèmes centraux, émotions, personnages). Dans un second temps, il vise à évaluer si le contenu thématique des cauchemars peut permettre de distinguer différentes caractéristiques liées à l'agression sexuelle subie (sévérité, fréquence, type d'AS, sexe de la victime, lien avec l'agresseur, âge lors de la première agression). En d'autres termes, l'étude a pour but de comparer le contenu des cauchemars sur la base du profil des jeunes victimes d'AS.

## **Méthodologie**

### **Population**

Des récits de cauchemars ont été recueillis auprès de 51 filles et 12 garçons (81% F; 19% G) pour lesquels des allégations d'AS ont été déposées ou confirmées, et dont l'âge varie de 4 à 14 ans (*M*: 9,7 ans; *ÉT*: 2,01) lors de la prise en charge par le centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). Aucun critère d'éveil n'a été appliqué dans ce cas-ci puisque aucune définition des cauchemars n'était proposée de façon systématique aux enfants. Ainsi, l'emploi du terme cauchemar ici renvoie au concept plus global de rêve dysphorique défini plus tôt.

L'âge moyen estimé de l'enfant lors de la première agression était de 6,4 ans mais variait grandement (1 – 11 ans, *ÉT*: 2,44). L'agresseur était typiquement un homme (93,7%) adulte (68,3% vs 31,7% moins de 18 ans), le plus souvent de la famille proche (66,6%; 1<sup>er</sup> degré : père, mère, frère, beau-père ou conjoint de la mère) alors que dans 23,8% des cas il provenait de la famille élargie (2<sup>e</sup> degré) et dans 9,5%, il s'agissait d'un étranger ou d'une connaissance (3<sup>e</sup> degré). De plus, 42 enfants avaient été victimes de sévices sexuels par un

agresseur intra-familial (frère, père, demi-frère, beau-père) alors que 21 enfants avaient subi une ou des agressions extra-familiales (famille élargie tel qu'oncle ou grand-père, connaissance, étranger). Au plan de la sévérité de l'agression subie par l'enfant, dans 63,5% il s'agissait d'une agression évaluée comme très sévère (pénétration ou tentative de pénétration), dans 30,2% sévère (touchers sous les vêtements) et dans 6% des cas moins sévère. Concernant la fréquence, dans 47,6% l'AS était évaluée dans le dossier clinique comme répétitive ou chronique, alors que dans 31,7% il s'agissait de quelques événements rapportés et dans 20,6% des cas, une seule occurrence d'AS identifiée. Près de la moitié des enfants (49,2%) auraient vécu un ou des agressions de nature sexuelle seulement. Pour les autres victimes, le quart d'entre elles (25,4%) ont rapporté également avoir vécu de la violence physique alors que l'autre quart (25,4%) ont indiqué avoir vécu de la violence psychologique en plus des sévices sexuels.

### **Procédure**

Un total de 91 récits a été recueilli auprès des 66 enfants. Vingt-cinq récits ont ensuite été éliminés afin de réduire l'échantillon à un récit par enfant et ainsi éviter des biais de surreprésentation dans la comparaison des récits. Lorsque plus d'un récit était disponible pour un même enfant, le récit du pire cauchemar était sélectionné ou le récit le plus long (nombre de mots). Trois récits ont été éliminés parce qu'ils étaient trop vagues ou ressemblaient à des expériences liées au sommeil ne constituant pas des cauchemars (secousses hypniques, paralysie du sommeil), rapportant l'échantillon final à 63 récits de cauchemars.

La présence de cauchemars et de leur contenu faisait partie des éléments investigués lors de l'évaluation initiale effectuée par le milieu (CEMV), en plus de pouvoir être abordé en thérapie, selon la plainte et la problématique associée aux cauchemars. Lorsqu'il y avait récit

verbal d'un cauchemar par une victime, une transcription en était faite à l'aide des enregistrements vidéo des séances de thérapie et des notes laissées par les intervenantes. Diverses informations cliniques au dossier étaient également conservées à des fins de recherche, notamment l'âge lors de l'AS, le lien avec l'agresseur, la fréquence et la durée de la maltraitance. La cotation des thématiques initiales de même que celle du contenu des récits a été effectuée à l'aveugle. Toutefois, il n'y a pas eu d'accord inter-juges sur la cotation pour le moment, mais il s'agit d'une étape entrevue prochainement.

### **Instruments**

Le questionnaire *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)* était administré lors de l'évaluation des enfants accueillis par le centre, afin d'évaluer la symptomatologie reliée au traumatisme d'AS. Dans le cadre de la présente étude, la question visant à évaluer la présence de cauchemars comme critère diagnostique du TSPT était la seule utilisée.

#### *Système de codification Hall et Van de Castle*

Outil le plus largement utilisé dans le domaine de l'analyse objective du contenu des rêves, ce système d'analyse possède d'excellentes propriétés psychométriques et donne lieu à d'excellents indices de fidélité inter-juge (Domhoff, 1996; Hall et Van de Castle, 1966; Robert et Zadra, 2014). Les catégories retenues pour la présente étude incluaient l'expérience d'*interactions amicales, sexuelles et agressives* (mesure la fréquence d'expériences sociales émotionnellement chargées) ainsi que *de chance et de malchance* (lorsque quelque chose de bénéfique ou une mésaventure survient, découlant de circonstances sur lesquelles le personnage n'a pas de contrôle). Les descriptions relatives aux catégories et sous-catégories ont ainsi été prises en compte dans la cotation.

D'autres outils visant l'analyse de contenu des cauchemars ont également été adaptés aux récits, notamment les Catégories thématiques des cauchemars et la classification de douze thèmes élaborés par Zadra et Robert (2014) et adaptés du *Typical Dreams Questionnaire* (voir tableau 1 pour les thèmes retenus pour l'analyse finale).

### **Analyses statistiques**

Des analyses non paramétriques de khi-carré (khi-deux ou  $\chi^2$ ) ont été effectuées pour tester des différences de groupes (genre de la victime, âge lors de la première agression, sévérité, fréquence, type d'AS et lien à l'agresseur) concernant la présence de variables nominales (personnages, thématiques, agressions). Au total, le nombre d'associations bivariées explorées était de 84 (6 x 14). Étant donné le petit échantillon, une correction du test exact de Fischer (*F*; mesure conservatrice) a été appliquée aux résultats pour pallier le non-respect de certaines conditions du test statistique (valeur des cellules attendues devaient être de 5 ou plus dans 80% des cellules et aucune cellule ne devrait avoir une valeur de moins de 1) et les résultats non significatifs mais présentant une taille d'effet modérée ( $\phi \geq .24$ ) seront rapportés<sup>1</sup>.

### **Résultats**

La moyenne de mots par récit de cauchemar est de 81 (5 à 683 mots, *ÉT*: 111,5). Seize (25,4%) des 63 récits ont été identifiés par l'enfant comme étant leur pire cauchemar et 21 (33,3%) comme étant un cauchemar récurrent. De plus, 12 (19%) des récits constituent une réplique claire du trauma, alors qu'un autre 19% incluent des éléments liés au trauma (réplique indirecte). Toutefois, la majorité des récits (62%) comportent un mélange de représentations

---

<sup>1</sup> Conversion du phi ( $\phi$ ) en rapport de cote (*odd ratio*) : un phi modéré de .24 correspond à un rapport de cote de 2.4, alors qu'un phi élevé de .37 correspond un rapport de cote de 4.2. Sous le .24, un phi est considéré petit donc peu intéressant (Borenstein et al., 2009).

symboliques des sévices ou semblent liés de façon plus ténue au trauma connu de l'enfant.

Des exemples de récits sont présentés au tableau 2.

### **Analyse descriptive du contenu thématique**

La distribution de la fréquence des onze catégories thématiques est décrite dans le tableau 3. Les trois thèmes les plus fréquents sont *créatures ou animaux malveillants* (31,7%), *agression physique ou violence explicite* (23,8%) ainsi qu'*agression sexuelle* (22,2%).

Les résultats de la codification tirées des catégories du système Hall et Van de Castle sont décrits dans le tableau 4. Dans plus du trois quarts des récits, il y a présence d'au moins une interaction agressive. Parmi celles-ci, les deux tiers sont des agressions violentes avec contact physique alors que près du quart des agressions répertoriées résultent en la mort du rêveur. Dans presque tous les cas, l'interaction agressive est initiée par un autre personnage que le rêveur (92%). Seulement quatre récits comprennent une interaction agressive du rêveur, et toutes constituent soit une défense contre un assaillant ou sont propres à une mécanique de jeu vidéo (tuer des monstres). Seulement 11% des récits comportent des interactions amicales, 14,3% des rêves dysphoriques incluent des évidences de malchance et aucun cas de chance n'a été répertorié. Au niveau des personnages, les récits incluent plus d'hommes (60,3%) que de femmes (36,5%), plus de personnages connus (66,7%) qu'inconnus (55,6%) et plus de personnages humains (77,8%) que non humains (33,3%). La famille est présente dans 57,1% des cas et l'agresseur est présent dans 38,1% des récits. Seules la peur (22,9%) ou la tristesse (7,9%) ont été identifiées clairement comme émotions dans les récits.

### **Résultats des analyses distinctives pour les caractéristiques de l'AS**

Selon les résultats aux analyses de khi-carrés effectuées pour les catégories thématiques, les personnages et la codification HVC, aucune différence de groupes

statistiquement significative n'est observée sur la base du genre de la victime (garçon ou fille), de son âge lors de la première agression (avant ou après 6 ans), de la proximité de l'agresseur (intrafamilial ou extrafamilial), de la fréquence (un à quelques événements ou chronique), de la sévérité de l'agression (faible à moyenne ou très sévère) ou du type d'AS (AS seule ou polyvictimisation). Cependant, afin de pallier les limites d'un petit échantillon, nous avons choisi de rapporter certains résultats comportant des corrélations avec taille d'effet modérée et comportant un intérêt au plan spéculatif.

Lorsque l'échantillon est séparé sur la base du genre de la victime (garçon ou fille), les filles présentaient davantage le thème *agression sexuelle* dans leurs cauchemars ( $\chi^2 (1) = 4,24$ ,  $p < .05$ ,  $F = .05$ ,  $\phi = .26$ ,  $p < .05$ ). Cependant, malgré que le test chi-deux soit significatif, même lorsque corrigé avec le test exact de Fischer ( $F$ ), ce résultat demeure statistiquement non concluant puisqu'une des cellules ne comporte aucune observation. Cependant, la taille d'effet modérée (phi ou  $\phi$ ) indique une relation potentielle entre les deux observations.

De même, lorsque deux groupes sont formés sur la base du type d'AS (AS seule ou présence d'autres formes de victimisation comme de la violence physique ou psychologique), le groupe polyvictimisé présente plus souvent le thème *proche tué ou en danger* ( $\chi^2 (1) = 3,84$ ,  $p = .05$ ,  $F = .1$  (N.S),  $\phi = .24$ ,  $p = .05$ ) que l'autre groupe. Malgré le caractère non significatif de la relation une fois corrigé avec le test exact Fischer ( $F$ ), la taille d'effet modérée apparaît digne de mention en raison du faible échantillon.

Finalement, le thème *peur ou appréhension* se retrouve plus souvent lorsque l'AS était chronique (groupes formés sur la base de la fréquence de l'AS;  $\chi^2 (1) = 4,70$ ,  $p < .05$ ,  $F < .05$ ,  $\phi = .27$ ,  $p < .05$ ) et la taille d'effet modérée suggère une relation probable entre les deux. Le test est statistiquement significatif même avec la correction pour le nombre d'observations,



toutefois une autre condition n'étant pas respectée (une cellule = 0), le test demeure non techniquement interprétable.

Quelques autres observations intéressantes, bien que non significatives, incluent le fait que les récits des filles comportent plus d'instances d'interactions agressives que ceux des garçons (82,4% vs 66,7%) de même que plus souvent le personnage de l'agresseur (43,1 % vs 16,7%). Les interactions agressives incluant les agressions sexuelles, les résultats sont probablement liés. Par ailleurs, lorsque combinés, les thèmes d'*appréhension* et d'*isolement du rêveur (seul, abandonné ou coincé)* sont plus prévalent chez les filles que chez les garçons (19,6% vs 0%), de même que chez les victimes d'agression intrafamiliale qu'extrafamiliale (21,4% vs 4,8%). De plus, lorsque l'agression est intrafamiliale, le personnage de l'agresseur est plus fréquemment présent (42,9% vs 28,6%).

### **Discussion**

De façon descriptive, la présente étude est un premier pas dans l'investigation du contenu thématique des rêves d'enfants ayant vécu une AS. Les récits ainsi recueillis, soit de 81 mots en moyenne, sont plus longs que ceux typiquement retrouvés dans les études longitudinales de rêves d'enfants (*M*: 41 à 70 mots chez les 5-9 ans; Sándor, Szakadát et Bódizs, 2014) mais plus courts que les récits de cauchemars idiopathiques d'adultes (*M*: 144 mots; Robert et Zadra, 2014). Ainsi, les récits sont suffisamment riches et détaillés pour permettre une analyse de contenu en lien avec l'historique clinique.

Sur le plan du contenu et des principales thématiques, comparativement à la littérature sur les récits de cauchemars d'adultes victimes d'AS à l'enfance, on retrouve de façon assez similaire la présence des éléments suivants : violence explicite ou attaques physiques, créatures ou monstres, activité sexuelle négative, peur ou appréhension d'une menace, mort ou

danger de mort de proches, poursuites (ou fuite d'un danger), isolement et catastrophes.

Toutefois, on ne retrouve pas les thèmes de vers et serpents, les références à l'anatomie ou la présence d'entités démoniques observés chez les adultes victimes d'AS à l'enfance (Cuddy, 1990, Fernandez, 1991, Ellenson, 1985, Weiss et al., 1955; Dunlop et al., 1987). Finalement, les récits de rêve dysphorique d'enfants victimes d'AS présentent deux thématiques peu fréquentes mais non retrouvées dans la littérature existante, soit les enlèvements de même que les séquestrations et les intrusions de domicile. Ces thématiques pourraient s'apparenter à une représentation symbolique de l'impuissance liée à l'agression souvent intrafamiliale et ainsi plus intrusive.

En ce qui touche la littérature sur les cauchemars d'enfants victimes d'AS, les présents résultats concordent avec ce qui avait été rapporté dans les deux études connues, notamment la présence accrue de l'agresseur comme personnage et les thèmes prépondérant suivant : l'appréhension ou la peur, l'isolement, les attaques et les poursuites (résultant en la mort de proches ou du rêveur; Sebold 1987; Garfield, 1987). Au plan du contenu affectif, l'étude de Garfield avait cependant retrouvé surtout l'impuissance et la terreur de manière très prévalente (plus de 85% de ses 13 participantes âgées de 13-20 ans), ce qui n'est pas reproduit ici. Il est possible que la taille limitée de l'échantillon, la méthodologie (investigation directe du contenu émotif dans l'étude de Garfield) et des différences d'âge expliquent cette différence.

Il apparaît également cohérent avec la littérature existante sur les cauchemars traumatiques d'enfants (Terr, 1979) qu'il y ait plus de représentations symboliques que de représentations répliquatives du trauma (62% symbolique vs 38 % réplique directe ou indirecte), surtout que dans la majorité des cas, plusieurs mois ou plusieurs années se sont écoulées depuis la ou les agressions. À noter toutefois que près du tiers des filles de

l'échantillon (27%) ont rapporté une agression sexuelle comme thème, alors que seulement 15% des femmes de l'échantillon de Cuddy (étude rétrospective avec victimes d'AS à l'enfance) en présentaient dans leurs récits. Cette différence pourrait illustrer la diminution accrue des représentations directes de l'AS avec le passage du temps. Ces résultats sont également cohérents avec le présent cadre théorique sur la genèse des cauchemars traumatiques (décontextualisation de Hartmann (1995) et modèle de Nielsen et Levin (2007)).

Au plan des différences retrouvées entre les groupes formés pour les analyses chi-carrés (caractéristiques de l'AS), le genre semble avoir eu un impact sur la présence d'agression sexuelle dans le récit. Au-delà du rôle possible joué par la sureprésentativité des filles dans l'échantillon (comparable à celui retrouvé dans une autre étude (Hébert-Ratté et al., 2016) de même que dans la littérature sur les AS en général), nous pouvons spéculer que les filles incorporent peut-être l'AS de façon plus répliquative (moins symbolique) que les garçons. De plus, il est possible qu'un tel résultat n'ait jamais été observé auparavant en grande partie parce que les autres études d'importance chez des adultes et des adolescents ont surtout eu recours à des échantillons composés uniquement de femmes victimes d'AS (voir Cuddy, 1990; Garfield, 1987; Fernandez, 1991; King et Sheehan, 1996).

Par ailleurs, la chronicité de l'AS, de même que le fait que celle-ci ait été accompagnée d'autres mauvais traitements comme la violence physique ou psychologique, semblent avoir eu un impact sur la présence des deux thèmes suivants : *proche tué ou en danger* et *peur ou appréhension*. Puisque la polyvictimisation de même que la chronicité de l'AS constituent des facteurs de sévérité des symptômes appuyés par la littérature (Hébert, 2014), il apparaît possible que la plus grande présence de ces thèmes en soit le reflet plus symbolique. En effet, l'on peut spéculer que l'appréhension ou la peur vécue dans les cauchemars puisse être

concordante avec celle ressentie face à la possibilité accrue d'une nouvelle agression dans le cas de la chronicité, alors que la peur de voir un proche mourir ou être en danger puisse être davantage représentée lorsque la victime a également vécu de la violence physique ou psychologique.

Il est aussi intéressant de noter que lorsque regroupés thématiquement, l'appréhension et l'isolement du rêveur (*seul, abandonné ou coincé*) de même que la présence de l'agresseur dans le rêve sont plus fréquents chez les victimes d'agression intrafamiliale qu'extrafamiliale. Cette différence non significative peut toutefois suggérer que le caractère intrusif, inévitable (lien à l'agresseur, perte du soutien familial) et souvent plus sévère (en terme de fréquence et de durée) de ces agressions augmente le sentiment d'impuissance et se traduit symboliquement par la présence de thèmes y faisant davantage référence. À noter que près du quart des filles ont rapporté l'appréhension ou l'isolement dans leurs cauchemars mais que cette catégorie thématique est absente des récits des garçons. Ces différences vont dans le même sens que ce qui avait été rapporté dans des populations d'adolescents victimes d'AS (Garfield, 1987; Hébert-Ratté et al., 2016) à l'effet qu'un des thèmes les plus prépondérant était le pressentiment de quelque chose d'épouvantable, que l'antagoniste le plus fréquent était l'agresseur et que les victimes d'AS intrafamiliale rapportaient plus souvent un récit comportant une AS non désirée.

Concernant les personnages, la distribution semble correspondre également à la réalité de l'agression et à la littérature sur les rêves d'enfants (voir tableau 4). Les personnages sont ainsi plus généralement de la famille (57%) et puisque l'agresseur en fait souvent partie, il est également souvent présent (38%). Il y a plus de personnages humains, que de personnages non-humains ou d'animaux, ce qui correspond aux observations développementales (Foulkes,

2009) dans la littérature où les personnages d'animaux sont surtout prépondérants dans la période préscolaire (avant 5 ans). Le peu de diversité sur le plan émotionnel (peur et tristesse seulement) dans les récits pourrait être expliqué en partie par le fait qu'il ne s'agissait pas d'une question posée de façon systématique lors des entrevues cliniques. À noter également que les enfants invités à faire le récit de leur agression font souvent peu référence à du contenu émotif (Katz, Paddon et Barnetz, 2016). En comparaison, lorsqu'interrogés sur ce point, les adultes rapportent un éventail plus large d'émotions dans leurs rêve dysphorique (Robert et Zadra, 2014), bien que la peur et la tristesse demeurent les plus prévalentes (52,2% et 10,1 %).

Considérant que les agressions physiques constitue le second thème le plus fréquemment rapporté dans l'échantillon (de même qu'un thème souvent présent dans la littérature sur les cauchemars de victimes d'AS) il n'apparaît pas surprenant que la présence d'au moins une interaction agressive apparaisse nettement plus fréquente dans les cauchemars d'enfants victimes d'AS (79,4%) que ce qui avait été retrouvé pour les cauchemars idiopathiques d'adultes (65%; Robert et Zadra, 2014) mais aussi dans les rêves récurrents d'adolescents (39%, Gauchat, Séguin, McSween-Cadieux & Zadra, 2015). De façon moins attendue, l'expérience de malchances est beaucoup moins prévalente (14%), comparativement aux échantillons (66% des cauchemars d'adultes (66%) et des rêves récurrents d'adolescents (27%). Explication possible : les enfants auraient moins tendance à attribuer les événements négatifs dans leur vie à des facteurs externes ou hors de leur contrôle.

La présente étude représente un effort pionnier et important dans la description du contenu des cauchemars d'enfants victimes d'AS. Il est l'un des premiers à regarder le contenu de récits dans une population clinique et dont les agressions sont relativement récentes (quelques mois à quelques années). Il existe cependant des limites au plan

méthodologique qui restreignent l'interprétation possible des résultats présentés. En premier lieu, au plan de la cotation des récits, il n'y a pas eu d'accord inter-juge effectué afin d'évaluer sa fiabilité, ce qui pourrait avoir biaisé les résultats. Il serait préférable dans un deuxième temps d'en faire la validation afin d'éliminer les biais potentiels liés au fait de n'avoir eu qu'un seul évaluateur pour la cotation. Il est toutefois à noter qu'en ce qui concerne les échelles HVC, la fiabilité inter-juge est généralement excellente ( $K=0,82$ ). De plus, la présente étude ne présente pas de groupe CTL donc aucune comparaison au niveau du contenu des cauchemars d'enfants non traumatisés n'a pu être effectuée. D'autre part, l'échantillon ( $n = 63$ ) ne permet pas d'atteindre la puissance statistique nécessaire ( $n = 87$ ) pour avoir 80% de chance de détecter des tailles d'effets moyenne à forte ( $\phi \geq .24$ ) avec un alpha ( $\alpha$ ) de .05 (Cohen, 1988; 1992). Néanmoins, les résultats corrigés avec Fischer non significatifs ou ne respectant pas les conditions du  $\chi^2$ , mais dont la taille d'effet ( $\phi$ ) était moyenne ont été considérés dans l'interprétation étant donné la possibilité que le manque de puissance explique leur non significativité statistique. Ainsi, les interprétations présentées sur la base de ces résultats doivent être prises avec précaution et sont de nature spéculative.

De plus, certaines informations cliniques sont manquantes ou n'ont pas été systématiquement recueillies. Ainsi, certains cauchemars rapportés pourraient correspondre temporellement à une période avant la survenue des sévices sexuels. De plus, comme il demeure une latence non évaluée entre l'expérience du rêve dysphorique et le moment où il est raconté à l'intervenante en contexte clinique, le temps peut avoir affecté le souvenir du rêve et ne permet pas de contrôler l'évolution du contenu avec le temps. Sur le plan développemental, il est à noter que les récits des enfants sont souvent significativement plus courts et moins détaillés que ceux des adultes (monde interne moins développé, vocabulaire)

ce qui constitue une limite inhérente à l'objet d'étude. En effet, jusqu'à présent, ce que l'on sait sur le contenu des rêves d'enfants concerne principalement l'aspect développemental d'un point de vue cognitif, soit l'évolution de la structure narrative (longueur des récits, présence de personnages, dialogues ou mouvement) et non le contenu thématique en soi (Foulkes, 1979 ; 2009). Les études longitudinales et devis transversaux effectués auprès d'enfants de 3 à 15 ans rapportent que la richesse du contenu se complexifie à partir de l'âge de 5-7 ans (possiblement en parallèle avec les capacités langagières et mnésiques) et que ce n'est qu'à l'adolescence que la qualité du rappel et du contenu onirique commence à ressembler à celui des adultes (Foulkes, 2009; Domhoff, 2018).

### **Pistes de recherche futures**

En ce qui concerne la continuité de la recherche dans ce domaine, il apparaît ainsi nécessaire, à l'instar des travaux de Foulkes, d'étudier et comparer le contenu des cauchemars d'enfants victimes de maltraitance à celui d'enfants de la population générale, en s'intéressant de façon plus systématique aux facteurs reliés aux événements traumatiques (évaluation de la sévérité) et au type de récit (p. ex. : émotion après le rêve, âge où le récit a été fait, récurrence ou non, lien avec le vécu de l'enfant). De plus, il serait crucial d'effectuer des études longitudinales afin de tracer un meilleur portrait de l'évolution des cauchemars et de leurs corrélats au cours de la vie. Une première étude en ce sens a d'ailleurs récemment été complétée pour les rêves récurrents dans une population d'adolescents (Gauchat, Séguin, McSween-Cadieux & Zadra, 2015). Étudier l'évolution des rêves et cauchemars est d'autant plus pertinente pour les victimes d'AS étant donné l'utilité clinique potentielle dans le traitement et les possibles indices de dépistage supplémentaire. En effet, il existe des traitements psychologiques prometteurs pour le traitement des cauchemars, autant chez les

enfants que chez les adultes (p. ex : répétition de l'imagerie mentale; Aurora et al., 2010) mais il y a nécessité de davantage documenter leur efficacité chez les enfants et de répandre leur utilisation dans le réseau clinique où ils sont peu connus (Simard & Nielsen, 2009; St-Onge, Mercier & De Konick, 2009).



Tableau 1

*Classification et définition des catégories thématiques identifiées dans les rêves dysphoriques d'enfants victimes d'agression sexuelle*

Thématiques	Description
Poursuite	Le rêveur est poursuivi par un autre personnage mais pas attaqué physiquement
Violence explicite ou agression physique	Le rêveur ou un autre personnage du rêve est victime d'une agression physique ou d'un acte violent à caractère délibéré
Aggression sexuelle	Le rêveur ou un personnage du rêve est victime d'un acte violent à caractère sexuel perpétré par un autre personnage du rêve
Enlèvement ou séquestration	Le rêveur ou un autre personnage du rêve est enlevé par un autre personnage ou séquestré contre son gré
Intrusion	Intrusion à domicile (maison) ou intrusion dans la chambre du rêveur
Catastrophes ou calamité	Événement plausible variant de désastres à petite échelle tel que l'incendie ou l'inondation d'une maison à des désastres de plus grande envergure tel qu'un tremblement de terre, la guerre ou la fin du monde
Abandonné seul ou coincé	Le rêveur se retrouve abandonné par un autre personnage, seul ou coincé dans un endroit restreint
Créatures ou animaux malveillants	Présence dans le récit de personnages non humains, incluant créatures, insectes, monstres et animaux
Proche tué ou en danger	Un personnage connu du rêveur, habituellement un membre de la famille, est tué ou se retrouve en danger de blessure ou de mort imminente
Mort du rêveur	Le rêveur décède dans le rêve
Peur ou appréhension	Le rêveur a peur de quelqu'un ou s'inquiète de quelque chose mais aucune menace objective imminente n'est présente

Tableau 2

*Exemples de récits de cauchemars selon le niveau de réplication du traumatisme : répliatif, réplique indirecte ou symbolique*

Type de récit	Verbatim du récit
Répliatif Pire cauchemar Enfant de 13 ans	C'était la même chose que ce qui m'est arrivé, il me touchait et je voulais pas, il a continué et je disais d'arrêter mais il a baisser ses pantalons et mis ses parties dans les miennes. Je lui ai dit vraiment d'arrêter et il a arrêté.
Réplique indirecte Cauchemar Enfant de 10 ans	Il m'a emprisonné moi et ma mère dans une voiture, allé dans une maison où y'avait pleins de personnes qui agressaient des petite filles et les grandes madames Pi là il a dit à un monsieur de violer ma mère pi lui il allait me violer moi mais je me suis vite réveillée
Réplique indirecte Cauchemar Enfant de 12 ans	C'était pas de moi qui abusait, y'abusait de deux enfants, un gars pi une fille pi moi j'étais là mais y me voyait pas. Y'é aller chercher deux gros sceaux d'eau avec de la glace dedans pi y'a commencé à lancer l'eau avec la glace sur les enfants pi là y'avaient froids pi y'avaient peur. Y'a pris une hache pi y'a commencé à les frapper avec la hache jusqu'à ce qu'ils meurent.
Symbolique Pire cauchemar Enfant de 9 ans	Y'avait une grosse vague qui nous frappait pi on était coincé dans la maison inondée. Ma famille et moi on pouvait pas sortir parce que la porte était bouchée.
Symbolique Pire cauchemar récurrent Enfant de 9 ans	Mon pire cauchemar, c'est je vais dans le sous-sol et je vois un genre de monstre, mais pas comment les monstres dans la TV que les bébés voient, plus un monstre tout noir, il dit « je suis le monstre du silence ». Il s'avance vers moi et là je cris mais y'a pas de son qui sort de ma bouche. Il essaie de me suivre sur le trampoline et il essaie de me tuer.

Tableau 3

*Distribution de fréquence des catégories thématiques dans les récits de cauchemars*

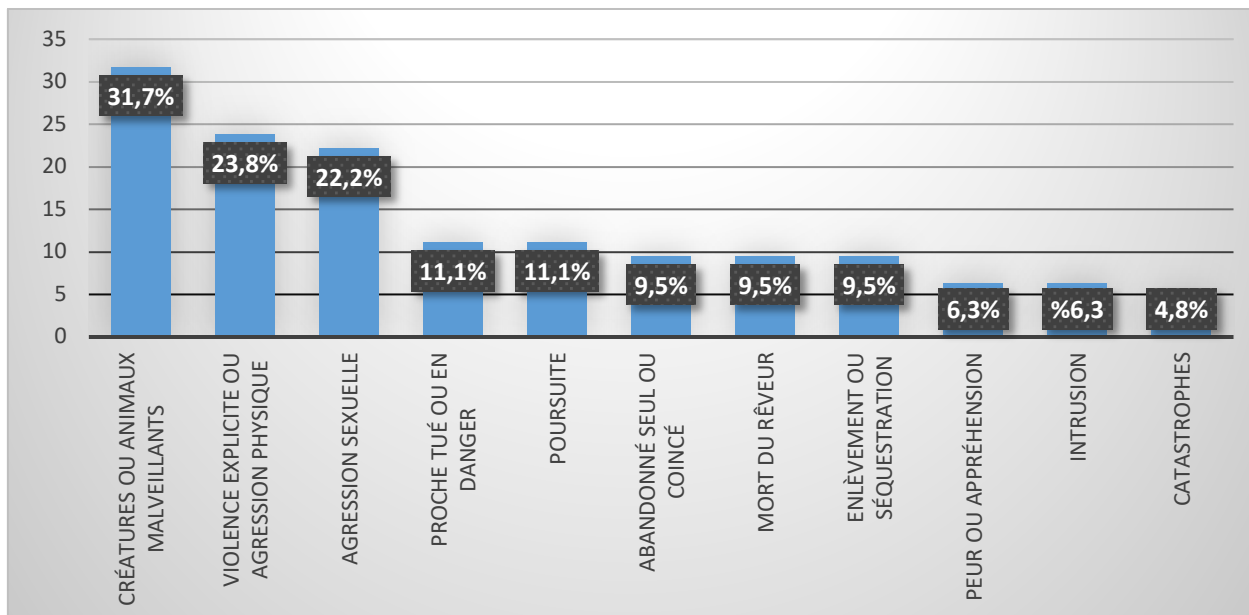


Tableau 4

*Effectifs des catégories de contenu onirique tirées du système de codification Hall et Van de Castle*

<b>Catégories Hall et Van de Castle</b>	<b>Effectifs</b>	<b>% récits</b>	
Interactions agressives (IA)		<i>%IA</i>	
Agression mineure sans contact physique	7	11,1	14
Agression violente ou avec contact physique	40	63,5	80
Agression grave qui résulte en la mort	15	23,8	30
Total	50	79,4	100
Interaction amicale (F)		<i>%F</i>	
Initiée par le rêveur	4	6,3	57,1
Initiée par un autre personnage	3	4,8	42,9
Total	7	11,1	100
Chance	0	0,0	
Malchance	9	14,3	
Personnages			
Hommes	38	60,3	
Femmes	23	36,5	
Connus	42	66,7	
Inconnus	35	55,6	
Humains	49	77,8	
Non-humains	21	33,3	
Famille	36	57,1	
Agresseur	24	38,1	
Émotions			
Peur	14	22,9	
Tristesse	5	7,9	

## Références

- Agargun, M. Y., Kara, H., Özer, Ö. A., Selvi, Y., Kiran, Ü., & Kiran, S. (2003).  
Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events.  
*Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(2), 139-145.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.) American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Arnberg, F. K., Rydelius, P. A., & Lundin, T. (2011). A longitudinal follow-up of posttraumatic stress: from 9 months to 20 years after a major road traffic accident.  
*Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(8).
- Arvanitakis, K., Jodoin, R. M., Lester, E. P., Lussier, A., & Robertson, B. M. (1993).  
Early sexual abuse and nightmares in the analysis of adults. *The Psychoanalytic Quarterly*, 62(4), 572-587.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S.H., Casey, K. R., Chowduri, S., Krippot, A., Maganti, R. K., Ramar, K., Kristo, D. A., Bista, S. R., Lamm, C. I. & Morgenthaler, T. I (2010).  
Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(4), 389-401.
- Baril, K., & Tourigny, M. (2010). Dévoiler l'agression sexuelle: Qui sont les victimes qui dévoilent et quels sont les impacts d'un dévoilement. Communication présentée au *Congrès de l'Association internationale des victimes de l'inceste*. Paris, France.
- Barry Jr, M. J., & Johnson, A. M. (1958). The incest barrier. *Psychoanalytic Quarterly*, 27(4), 485-500.
- Belicki K., & Cuddy M. (1996). Identifying sexual trauma histories from patterns of sleep and dreams. Dans D. Barrett (Ed.), *Trauma and dreams* (p. 46-55). Cambridge, MA :

Harvard University Press.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley.

Bowater, M. (2009). Shutting out the dog: The value of nightmares in recovery from sexual abuse. *Transactional Analysis Journal*, 39(2), 149-152.

Burgess, A., & Holmstrom, L. (1978). Accessory to sex: Pressure, sex and secrecy. In A. Burgess, A. Groth, L. Holmstrom, & S. Sgroi (Eds.), *Sexual assault of children and adolescents*. Lexington, MA: Lexington Books.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.

Cuddy, M. A. (1990). *Predicting sexual abuse from dissociation, somatisation and nightmares* (Thèse de doctorat). New York University, New York.

Cuddy, M. A., & Belicki, K. (1992). Nightmare frequency and related sleep disturbance as indicators of a history of sexual abuse. *Dreaming*, 2(1), 15.

Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological medicine*, 21(03), 713-721.

Domhoff, G. W. (1996). *Finding meaning in dreams : A quantitative approach*. New York, NY: Plenum Trade.

Dunlop, A., Cuddy, M., Belicki, K., & Belicki, D. (1987). *Brief group therapy with adult women survivors of childhood sexual abuse*. Paper presented at the annual meeting of the Ontario Psychological Association, Toronto, Canada.

Duval, M., McDuff, P., & Zadra, A. (2013). Nightmare frequency, nightmare distress,

- and psychopathology in female victims of childhood maltreatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 767-772.
- Duval, M., & Zadra, A. (2010). Frequency and content of dreams associated with trauma. *Sleep Medicine Clinics*, 5(2), 249-260.
- Ellenson, G. S. (1985). Detecting a history of incest: a predictive syndrome. *Social Casework*, 66(4), 525-532.
- Fernandez, M. E. (1991). *Dreams and nightmares among university women with a history of sexual abuse* (Thèse de doctorat inédite). Carleton University.
- Foulkes, D. (1979). Home and laboratory dreams: four empirical studies and a conceptual reevaluation. *Sleep*, 2(2), 233-251.
- Foulkes, D. (2009). *Children's dreaming and the development of consciousness*. Harvard University Press.
- Garfield, P. (1987). Nightmares in the sexually abused female teenager. *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 12(2), 93-7.
- Germain, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now?. *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 372-382.
- Hall, C. S. & Van de Castle, R., L. (1966). *The content analysis of dreams*. New York, NY : Appleton Century Crofts.
- Hartmann, E. (1995). Making connections in a safe place: Is dreaming psychotherapy?. *Dreaming*, 5(4), 213-228.
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares: The new theory on the origin and meaning of dreams*. New York, NY : Plenum Trade.
- Hartmann, E., Zborowski, M., Rosen, R., & Grace, N. (2001). Contextualizing images in

- dreams: More intense after abuse and trauma. *Dreaming*, 11(3), 115-126.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Hébert, M. (2014). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.) *L'agression sexuelle envers les enfants : Tome I* (vol. 1, p. 149-204) Québec, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert-Ratté, R., Hébert, M., Zadra, A., Blais, M & Lavoie, F. (2016). *Une analyse du contenu des cauchemars chez les adolescents ayant été victimes d'agression sexuelle (affiche)*. 38<sup>e</sup> congrès annuel de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie (SQRP) 1<sup>er</sup>-3 avril 2016.
- Katz, C., Paddon, M. J., & Barnett, Z. (2016). Emotional language used by victims of alleged sexual abuse during forensic investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(3), 243-261.
- Kavaler, S. (1987). Nightmares and object relations theory. Dans H. Kellerman (ed.), *The nightmare: Psychological and biological foundations*, New York: Columbia University Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- King, J., & Sheehan, J. R. (1996). The use of dreams with incest survivors. Dans D. Barrett (Ed.), *Trauma and dreams* (p. 56–67). Cambridge (MA): Harvard University

Press.

- Kovachy, B., O'Hara, R., Hawkins, N., Gershon, A., Primeau, M. M., Madej, J., & Carrion, V. (2013). Sleep disturbance in pediatric PTSD: Current findings and future directions. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 9*(5), 501-510.
- Kramer, M., & Kinney, L. (1988). Sleep patterns in trauma victims with disturbed dreaming. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 13*(1), 12-16.
- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin, 133*(3), 482-528.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law, 11*(1), 194-226.
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory, 16*(1), 29-47.
- Mellman, T. A., David, D., Bustamante, V., Torres, J., & Fins, A. (2001). Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 241-247.
- Mellman, T. A. & Pigeon, W. R. (2005). Dreams and nightmares in posttraumatic stress disorder. Dans M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (dir.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (4<sup>e</sup> éd, p. 573-578), Philadelphia : Elsevier Sanders.
- Nader, K. (1996) Children's traumatic dreams. Dans D. Barrett (ed.), *Trauma and dreams* (p. 9-24). Cambridge, MA : Harvard University Press.



- Nielsen, T., & Levin, R. (2007). Nightmares: a new neurocognitive model. *Sleep Medicine Reviews, 11*(4), 295-310.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., & Putnam, F. W. (2005). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(5), 469-480.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 328-338.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 46-59.
- Phelps, A. J., Forbes, D., & Creamer, M. (2008). Understanding posttraumatic nightmares: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 338-355.
- Punamäki, R.-L. (1997). Determinants and mental health effects of dream recall among children living in traumatic conditions. *Dreaming, 7*(4), 235-263.
- Punamäki, R.-L. (1998). The role of dreams in protecting psychological well-being in traumatic conditions. *International Journal of Behavioral Development, 22*(3), 559-588.
- Punamäki, R. L., Ali, K. J., Ismahil, K. H., & Nuutinen, J. (2005). Trauma, dreaming, and psychological distress among Kurdish children. *Dreaming, 15*(3), 178-194.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., & al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry, 44*(12), 1057-1063.
- Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dreams: An evolutionary hypothesis of function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences, 23*, 877-901.

- Robert, G., & Zadra, A. (2014). Thematic and content analysis of idiopathic nightmares and bad dreams. *Sleep, 37*(2), 409-417.
- Robinson, L. (1982). Nursing therapy of an incest victim. *Issues in Mental Health Nursing, 4*, 331-342.
- Sándor, P., Szakadát, S., & Bódizs, R. (2014). Ontogeny of dreaming: a review of empirical studies. *Sleep Medicine Reviews, 18*(5), 435-449.
- Sebold, J. (1987). Indicators of child sexual abuse in males. *Social Casework, 68*(2), 75-80
- Schäfer, V., & Bader, K. (2009). The impact of early-life maltreatment on dreams of patients with insomnia. *International Journal of Dream Research, 2*(1), 20-28.
- Schredl, M., Petra, C., Bishop, A., Golitz, E. & Buschtöns D. (2003). Content analysis of German students' dreams: Comparison to American findings. *Dreaming, 13*(4), 237-243.
- Schreuder, B. J. N., Igreja, V., van Dijk, J., & Kleijn, W. (2001). Intrusive re-experiencing of chronic strife or war. *Advances in Psychiatric Treatment, 7*(2), 102-108.
- Simard, V., & Nielsen, T. (2009). Adaptation of imagery rehearsal therapy for nightmares in children: A brief report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(4), 492-497.
- St-Onge, M., Mercier, P., & De Koninck, J. (2009). Imagery rehearsal therapy for frequent nightmares in children. *Behavioral Sleep Medicine, 7*(2), 81-98.
- Terr, L. C. (1979). Children of Chowchilla: a study of psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child, 34*, 547-623.
- Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry, 140*(12), 1543-1550.

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: and outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20
- Thabet A. A & Vostanis P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 385-391.
- Tourigny, M., Gagné, M. H., Joly, J., & Chartrand, M. È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 331-335.
- Tourigny, M. & Baril, K. (2014). Les agressions sexuelles durant l'enfance : ampleur et facteurs de risque (chap. 1). Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.) *L'agression sexuelle envers les enfants : Tome 1* (vol. 1, p. 7-50) Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Valli, K., Revonsuo, A., Pälkä, O., & Punamäki, R. L. (2006). The effect of trauma on dream content--A field study of Palestinian children. *Dreaming*, 16(2), 63-87.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D. & al. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript. Récupéré du site traumacenter.org
- Weiss, J., Rogers, E., Darwin, M., & Dutton, C. (1955). A study of girl sex victims, *Psychiatric Quarterly*, 29, 1-27.