

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	viii
REMERCIEMENTS	xi
1. INTRODUCTION AU PROJET DE MÉMOIRE DOCTORAL	1
1.1. Prologue (définitions, distinctions et sous-types de l'agression sexuelle)	1
1.2. Informations factuelles à propos des victimes d'agression sexuelle (VAS)	5
1.2.1. Prévalences, incidences et coûts associés à la victimisation sexuelle	5
1.2.2. Caractéristiques des victimes d'agression sexuelle (VAS)	7
1.3. Cadre théorique	11
1.3.1. Conséquences de l'agression sexuelle.....	15
1.4.1.1. Cauchemars	20
1.4.1.2. Perturbations de sommeil	25
1.3.2. Traitements employés	28
1.4.2.1. Traitements pharmacologiques.....	28
1.4.2.2. Traitements psychologiques	30
2. MÉTHODOLOGIE	34
2.1. Objectif général et objectifs spécifiques	34
2.2. Questions de recherche.....	35
2.3. Hypothèse principale et hypothèses secondaires.....	35
2.4. Opérationnalisation des variables d'intérêt	36
2.5. Critères d'éligibilité.....	37
2.6. Stratégies de sélection et de collection des études primaires	37
2.6.1. Utilisation des banques de données électroniques	38
2.6.2. Exploration de la littérature grise	39
2.6.3. Poursuite des références	40
2.6.4. Contacter les laboratoires travaillant sur le sujet.....	40
2.6.5. Autre(s) stratégie(s) employée(s)	41
2.7. Évaluation de la qualité méthodologique des études primaires.....	41
2.8. Extraction et codification des données des études primaires	42
2.8.1. Mesure de fidélité inter-juge	42
2.8.2. Processus décisionnel à la suite de la codification	43
3. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	44
3.1. Synthèse des caractéristiques des échantillons cliniques	44
3.2. Synthèse des caractéristiques méthodologiques des études primaires	46
3.3. Synthèse des caractéristiques inhérentes des traitements recensés	48
3.4. Retour sur l'évaluation du risque de biais méthodologiques des études primaires	51
4. DISCUSSION	52
4.1. Implications pour la recherche	54
4.2. Implications pour la clinique.....	59
4.3. Implications légales et gouvernementales.....	61
4.4. Forces et limites de la recension systématique.....	64
5. CONCLUSION	66
RÉFÉRENCES	67

ANNEXES.....	94
Annexe A : Le cadre légal autour de l'agression sexuelle	95
Annexe B : Critères diagnostiques DSM-5 du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).....	99
Annexe C : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le Trouble du Cauchemar et de l'Insomnie	104
Annexe D : Critères d'éligibilité pour chaque étude primaire recensée.....	107
Annexe E : Banques de données électroniques consultées et équations de recherche	108
Annexe F : Laboratoires contactés travaillant sur le sujet.....	111
Annexe G : Grille d'évaluation de la qualité méthodologique.....	113
Annexe H : Grille d'extraction et de codification des études primaires.....	116
Annexe I : Tableau-synthèse des caractéristiques des échantillons	125
Annexe J : Tableau-synthèse des caractéristiques méthodologiques	133
Annexe K : Tableau-synthèse des caractéristiques inhérentes aux traitements.....	140
Annexe L : Tableau d'évaluation du risque de biais méthodologique	152
Annexe M : Questionnaire sociodémographique	153
Annexe N : Entrevue diagnostique de l'Insomnie (EDI)	154
Annexe O : Clinician-administered PTSD Scale (CAPS).....	160
Annexe P : Sexual Experiences Survey (SES).....	162
Annexe Q : Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ)	163
Annexe R : Nightmare Distress Questionnaire (NDQ).....	164
Annexe S : Nightmare Effects Survey	165
Annexe T : Trauma-Related Nightmare Survey (TRNS).....	167
Annexe U : Index de sévérité de l'insomnie (ISI).....	169
Annexe V : Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).....	173
Annexe W : Pittsburg Sleep Quality Index – Addendum (PSQI-A).....	177
Annexe X : Échelle de croyances et d'attitudes concernant le sommeil (CAS)	179
Annexe Y : Agenda de sommeil	185
Annexe Z : Journal de rêves/cauchemars.....	187
Annexe AA : Autres mesures & questionnaires recensés	188
Annexe AB : Algorithme de traitement (récupéré de la thèse de K. Levrier, 2015).....	193
Annexe AC : Références des études primaires incluses.....	194

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Définitions de l'agression sexuelle	89
Figure 2 : Continuum des formes d'agressions sexuelles selon leur nature et de leur degré de sévérité	90
Figures 3.1 à 3.6 : Graphiques présentant les diverses statistiques sur les VAS.....	91
Figure 4 : Hiérarchie de la qualité d'évidence scientifique.....	92
Figure 5 : Charte de suivi selon PRISMA.....	93

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

FRANÇAIS		ENGLISH	
Abréviation/ Sigle	Terminologie employée	Abbreviation/ Sigle	Terminology
AAD	Administration des Aliments et Drogues	FDA	Food and Drug Administration
AAMS	Académie Américaine de la Médecine du Sommeil	AASM	American Academy of Sleep Medicine
AAP	Association Américaine de Psychologie	APA	American Psychology Association
AOS	Apnée Obstructive du Sommeil	OSA	Obstructive Sleep Apnea
AS	Agression sexuelle	SA	Sexual assault
ASA	Abus sexuel à l'adulte	ASA	Adult sexual abuse
ASE	Abus sexuel à l'enfance	CSA	Child sexual abuse
CAS	Échelle des Croyances et des Attitudes concernant le Sommeil	DBAS	Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	QCSAC	Quebec Coalition of Sexual Assault Centers
CAVAC	Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels	CVAC	Crime Victims Assistance Center
CITS-3	Classification Internationale des Troubles du Sommeil, 3 ^e édition	ICSD-3	International Classification of Sleep Disorders, 3 rd edition
Ctrl	Contrôle	Ctrl	Control
DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5 ^e édition	DSM-5	Diagnosis and Statistical Manual for mental disorders, 5 th edition
Dx	Diagnostic	Dx	Diagnosis
E/S	Effets secondaires	A/E	Adverse effects
ÉACS	Échelle administrée par un clinicien pour l'ÉSPT	CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
ÉCI	Étude canadienne sur les incidences	CIS	Canadian Incidence Study
ECSD	Entrevue clinique structurée pour le DSM	SCID	Structured Clinical Interview for DSM
EDI	Entrevue Diagnostique pour l'Insomnie	DII	Diagnostic Interview for Insomnia
ÉMP	Éveils matinaux précoces	EMA	Early Morning Awakenings
EP	Exposition Prolongée	PE	Prolonged Exposure
ÉPN	Éveils pendant la nuit	WASO	Wake After Sleep Onset
ERC	Essai randomisé contrôlé	RCT	Randomised controlled trial
ES	Efficacité du sommeil	SE	Sleep efficiency
ÉSE	Échelle de sommeil-éveil	SWS	Sleep-Wake Scale
ESG	Enquête sociale générale	-	-
ÉSPT	État de stress post-traumatique	PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
FU	Follow-up (mesure de suivi)	FU	Follow-up

FAVAC	Fonds d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels	FVC	Fund for Victims of Crime
IAB	Inventaire d'Anxiété de Beck	BAI	Beck Anxiety Inventory
IARS	Inhibiteur antagoniste de la recapture de la sérotonine	ASRI	Antagonist Serotonin Reuptake Inhibitor
ICG-A	Impression clinique globale de l'amélioration	CGI-I	Clinical Global Impression of Improvement
ICG-C	Impression clinique globale du changement	CGI-C	Clinical Global Impression of Change
IDB	Inventaire de Dépression de Beck	BDI	Beck Depression Inventory
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	QPHNI	Quebec Public Health National Institute
IQSP	Inventaire de la qualité du sommeil de Pittsburg	PSQI	Pittsburg Sleep Quality Index
ISI	Index de sévérité de l'insomnie	ISI	Insomnia severity index
ISRN	Inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline	SNRI	Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitor
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine	SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
IVAC	Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels	CVC	Crime Victims Compensation
LE	Latence d'endormissement	SOL	Sleep Onset Latency
N/A	Non-applicable	N/A	Non-applicable
NA	Noradrénaline	NA	Noradrenaline
OMS	Organisation mondiale de la santé	WHO	World Health Organisation
PSG	Polysomnographie	PSG	Polysomnography
QDC	Questionnaire sur la détresse reliée au cauchemar	NDQ	Nightmare Distress Questionnaire
QFC	Questionnaire sur la fréquence du cauchemar	NFQ	Nightmare Frequency Questionnaire
QS	Qualité du sommeil	SQ	Sleep quality
RRIM	Révision et répétition par imagerie mentale	IRT	Imagery rehearsal therapy
Rx	Médication	Rx	Medication
SCPT	Sondage des cauchemars posttraumatiques	TRNS	Traumatic-related Nightmare Survey
SIC	Sondage des impacts du cauchemar	NES	Nightmare Effects Survey
Sig.	Significatif	Sig.	Significant
SNC	Système nerveux central	CNS	Central nervous system
SP	Sommeil paradoxal	REM Sleep	REM sleep
TCC	Thérapie cognitive comportementale	CBT	Cognitive Behavioral Therapy
TCC-AT	Thérapie cognitive comportementale axée sur le trauma	TF-CBT	Trauma-focused cognitive behavioral therapy
TCC-I	Thérapie cognitive comportementale pour l'insomnie	CBT-I	Cognitive behavioral therapy for insomnia

TDRMO	Thérapie de désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires	EMDR	Eye movements desensitization and reprocessing therapy
TEMC	Thérapie d'exposition par de multiples canaux	MCET	Multiple channel exposure therapy
TERR	Thérapie par exposition, relaxation et retranscription	ERRT	Exposition, Relaxation, Retranscribing Therapy
TIP	Thérapie interpersonnelle	ITP	Interpersonal therapy
TC	Thérapie cognitive	CPT	Cognitive processing therapy
TRL	Thérapie par le rêve lucide	LDT	Lucid dreaming therapy
TTS	Temps total de sommeil	TST	Total Sleep Time
TTS _o	Temps total de sommeil objectif	oTST	Objective Total Sleep Time
TTS _s	Temps total de sommeil subjectif	sTST	Subjective Total Sleep Time
VAS	Victimes d'agression sexuelle	SAV	Sexual assault victim

1. INTRODUCTION AU PROJET DE MÉMOIRE DOCTORAL

Dans le cadre de ce projet doctoral, il est question de mettre en avant-plan l'événement traumatique qu'est l'agression sexuelle. Ensuite, certaines conséquences nocturnes découlant du trauma (perturbations de sommeil, les cauchemars ainsi que la qualité de sommeil) ont été davantage explorées, détaillées et expliquées en vue d'une meilleure compréhension de ces concepts d'intérêt. Enfin, en regard à la littérature actuelle portant sur le sujet, ce présent document vise à mettre en lumière divers traitements s'adressant aux cauchemars et aux difficultés de sommeil vécus chez les victimes d'agression sexuelle. Ces variables d'intérêt sont abordées d'un point de vue conceptuel et seront appuyés empiriquement à l'aide de prévalences, de statistiques et de modèles théoriques issus de différentes perspectives.

Par ailleurs, une description méthodologique détaillée et exhaustive de ce projet s'en suit. Celle-ci inclut l'objectif général et les sous-objectifs, la question de recherche, les hypothèses, l'opérationnalisation des variables d'intérêt ainsi que les critères d'éligibilité (inclusion vs exclusion). Ce projet décrit aussi la procédure afin de réaliser une recension systématique (via les stratégies de sélection employées, l'évaluation de la qualité méthodologique, l'extraction et la codification des études primaires, etc.). Enfin, une fois les données primaires recueillies et extraites, des tableaux synthèses ont été effectués, analysés et interprétés en ressortant les informations pertinentes autant pour la recherche que pour la pratique clinique. Les forces, les limites et la présence potentielle de biais méthodologiques autant au sein des études primaires qu'au plan de la recension systématique ressortent également. En définitive, la contribution du présent projet doctoral aux connaissances actuelles dans le domaine de la psychologie est également soulignée.

1.1. Prologue (définitions, distinctions et sous-types de l'agression sexuelle)

La sexualité est une pierre angulaire de la survie, de l'autoconservation et de l'évolution de l'espèce humaine. La plupart des êtres humains utilisent la sexualité dans un contexte consensuel afin de partager des besoins affectifs et d'intimité réciproques, pour se reproduire ou encore à des fins purement ludiques. Les affects qui en découlent sont généralement positifs et vécus réciproquement chez les acteurs impliqués, car ils ont été désirés de part et d'autre de la relation dès le départ. Cela dit, bien qu'une majorité d'individus utilisent la sexualité de façon saine telle que décrite précédemment, une minorité non-négligeable de personnes s'en servent à des fins personnelles, inadéquates, coercitives, excessives et non-consensuelles. Cela amène, plus souvent qu'autrement, des affects négatifs vécus de manière relativement intense chez au moins l'un des sujets impliqués dans le rapport sexuel. La société occidentale qualifie ces gestes problématiques aux plans clinique et légal d'«agression sexuelle» et de «crime contre la personne» (Institut

National de Santé Publique de Québec [INSPQ], 2012). Actuellement selon un point de vue transculturel, il n'existerait pas de consensus universel quant à la définition complexe de l'abus sexuel (même si de plus en plus de cultures et de pays tendent à l'uniformiser), car elle dépend essentiellement de la perspective qui l'étudie : politique, légale, clinique, scientifique (voir Figure 1; INSPQ, 2012). Cet ouvrage utilise une vision intégrative de ces perspectives afin de fournir une vision plus globale de l'agression sexuelle qu'elle soit avec ou sans contact physique envers des victimes mineures ou adultes.

Selon le Gouvernement du Québec (2010), l'agression sexuelle se définit comme étant :

[...] un geste à caractère sexuel avec ou sans contact physique, commis par un individu (agresseur) sans le consentement de la personne visée (agressée) ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants abusés, par une manipulation affective ou encore par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir (ou de confiance), par l'utilisation de la force, de la contrainte ou de la manipulation, ou par la menace implicite ou explicite [...]

Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique ainsi qu'à la sécurité de la personne. Cette définition générale s'applique en tout temps sans égard à l'âge, au sexe, la culture, l'origine, l'état civil, la religion, l'orientation sexuelle de la victime ou de l'agresseur sexuel. De plus, l'infraction sexuelle au sens large de la loi s'applique peu importe le type ou la forme de geste à caractère sexuel posé, le lieu, le milieu de vie dans lequel le geste à caractère sexuel a été fait ou les liens qui existent entre la victime et l'agresseur sexuel. Autrement dit, cette définition de l'abus sexuel englobe un continuum très large de types de comportements sexualisés problématiques allant du harcèlement sexuel au viol sadique (voir Figure 2) et ce, peu importe le contexte spatio-temporel dans lequel s'inscrit le délit sexuel ou les liens existants entre l'abuseur et l'abusé (intrafamilial ou extrafamilial).

En ce qui concerne des termes apparentés, la distinction essentielle à faire entre une agression sexuelle sanctionnée sur le plan légal d'une paraphilie² davantage traitée sur le plan clinique, c'est l'absence totale ou partielle du consentement libre et éclairé chez l'un des acteurs impliqués dans le rapport sexuel. Ainsi, lorsque l'individu (l'agresseur) soumet une autre personne (la victime) à la satisfaction de ses désirs et ses besoins sexuels, sans ce que cette dernière donne son accord entièrement de façon volontaire, en toute connaissance de cause, sous-entend qu'il s'agit

² Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ; Ensemble des attirances ou pratiques sexuelles qui diffèrent des actes traditionnellement considérés comme « normaux ». Pour qu'une paraphilie soit diagnostiquée, l'objet de la déviance doit être la seule source de gratification sexuelle pendant une période d'au moins six mois et doit causer « une détresse clinique notable ou un handicap dans le domaine social, professionnel ou autres domaines fonctionnels importants », **ou** impliquer une violation du consentement d'autrui. Ainsi, certaines sont impliquées dans des contextes d'activités criminelles (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, sadisme sexuel) alors que d'autres ne le sont pas à condition qu'elles soient d'ordre consensuel et privé (fétichisme, travestisme, sadomasochisme sexuel, etc.).

bel et bien d'une agression sexuelle faisant l'objet d'une expertise clinico-légale (voir Annexe A). De plus, le consentement doit être exprimé clairement par la personne elle-même, car le consentement d'une tierce personne n'est pas valide. Par ailleurs, le Code criminel canadien (Gouvernement du Canada, 1985) mentionne explicitement à ce sujet qu'une personne ne peut donner son consentement, notamment si elle est incapable de le formuler (handicap physique ou mental, intoxication), s'il est donné à la suite d'un abus de confiance, de pouvoir ou d'autorité (ex. sous menace), s'il est donné par une personne en situation de dépendance, ou s'il est donné par une personne de moins de 16 ans, sauf dans les cas d'exceptions spécifiquement prévus par la loi. Selon une perspective développementale, cela s'explique par le fait qu'avant cet âge, l'être humain n'aurait pas encore atteint un niveau suffisant de maturité cognitive et affective pour concevoir et peser adéquatement les risques ainsi que les avantages que peuvent comporter leur participation à une activité sexuelle (INSPQ, 2012). La même logique s'applique pour les individus ayant des limitations physiques et/ou cognitives (maladies congénitales, déficience intellectuelle, maladies neurodégénératives, etc.) ou ceux qui sont intoxiqués, mais cette fois-ci en raison d'un état biopsychosocial atypique/altéré. En raison de cette vulnérabilité sur le plan cognitivo-affectif, les populations infantiles, juvéniles, d'individus ayant certaines limites ou étant sous l'effet de substances sont potentiellement plus assujetties à l'exploitation et à la victimisation sexuelle. Par conséquent, afin de protéger ces individus plus vulnérables, la loi canadienne (Gouvernement du Canada, 1985) a instauré certaines restrictions pour ces derniers concernant leur assentiment à participer à des relations sexuelles dont certaines exceptions faites pour les adolescents. Les adolescent(e)s âgés de 14-15 ans peuvent offrir un consentement valable à condition cependant que sa/son partenaire sexuel : soit de moins de cinq ans son aîné, ne soit pas en situation d'autorité ou de confiance par rapport à lui/elle, ne soit pas une personne par rapport à laquelle lui/elle est en situation de dépendance, ne soit pas dans une situation où il/elle l'exploite. Les jeunes adolescents de 12-13 ans peuvent consentir si leur partenaire sexuel est de moins de deux ans leur aîné et si les conditions précédentes sont remplies. Contrairement aux diverses formes que peuvent prendre l'abus sexuel, les paraphilies ne font pas toutes l'objet de procédures judiciaires, car elles peuvent se produire dans un contexte de consentement mutuel d'une part comme de l'autre de la relation (Thibaut, 2013).

Également, il est important de différencier les différents sous-types d'agression sexuelle afin de préciser les conséquences y étant associées ainsi que les multiples aspects à prendre en considération lors de l'évaluation et du traitement des victimes. En premier lieu, les différentes formes/sous-types d'agression sexuelle dépendent de la nature même des gestes commis. L'infraction sexuelle peut être perpétrée avec ou sans contact physique en fonction de divers

niveaux de sévérité dans les actes posés (Basile & Saltzman, 2002 ; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008 ; Gouvernement du Canada, 1985). D'une part, une agression sexuelle avec contact peut prendre la forme d'un *rapport sexuel avec pénétration*, communément appelé *viol* dans le Code criminel canadien (1985), et peut s'exprimer par une pénétration même légère des organes génitaux (la vulve, l'anus) en utilisant une partie du corps (pénis, doigt, langue) ou un objet, ou encore par une pénétration, même légère, de la bouche par le pénis. Concrètement, ces gestes peuvent se manifester sous la forme de rapports sexuels oraux-génitaux (fellation, cunnilingus), des pénétrations génitales ou anales, des viols collectifs voire même des meurtres sexuels. Dans cette même catégorie d'abus sexuels avec contact se trouve *la tentative de pénétration/ tentative de viol* où des attouchements et/ou des baisers à caractère sexuel sont faits dans l'intention de commettre une pénétration sans toutefois le faire. Il y a aussi *les attouchements sexuels/contacts sexuels* incluant les contacts sexuels intentionnels (baisers, attouchements sur les parties génitales, frotteurisme) commis directement sur la victime ou par-dessus ses vêtements. D'autre part, *une agression sexuelle sans contact* peut prendre la forme : d'harcèlement sexuel³, d'exposition forcée à des actes sexuels (pornographie ou activités sexuelles réelles), d'exhibition ou dévoilement des organes sexuel, d'incitation chez un enfant à se toucher / se masturber, de réaliser un enregistrement visuel d'un enfant de nature sexuelle. Enfin, il y a trois niveaux d'intensité/ de gravité se rapportant à la nature des gestes sexuels commis (Gouvernement du Canada, 1985). Le premier niveau s'agit de *l'agression sexuelle simple* (art. 271) consistant à tout contact physique de nature sexuelle posé sans le consentement de la personne, allant des attouchements à la relation sexuelle complète. Le deuxième niveau est *l'agression sexuelle armée* (art. 272) visant à menacer une tierce personne ou à lui infliger des lésions corporelles. L'agresseur porte, utilise ou menace d'utiliser une arme ou une imitation d'arme, menace d'infliger des blessures à une personne autre que la victime ; inflige des blessures (lésions) corporelles à la victime ; ou plusieurs personnes commettent une agression sexuelle sur la même personne. Le dernier et troisième niveau est *l'agression sexuelle grave* (art. 273) durant laquelle la victime a été blessée, mutilée, défigurée ou encore que sa vie ait été mise en danger par l'agresseur.

En second lieu, il y a les formes d'agression sexuelle qui varient en fonction du lien existant entre la victime et l'agresseur (INSPQ, 2012). L'abus sexuel peut être commis dans divers contextes soit : intrafamilial, extrafamilial, conjugal ou encore dans le cadre d'une relation

³ À noter que « même s'il est ici considéré comme une forme d'agression sexuelle sans contact, le harcèlement sexuel ne constitue pas une infraction à caractère sexuel en vertu du Code criminel canadien. Toutefois, l'infraction de harcèlement criminel, lorsque commise dans un contexte sexuel, peut rendre criminel le harcèlement sexuel. Depuis juin 2004, dans le cadre de la Loi sur les normes du travail, le Québec s'est doté d'une loi pour lutter contre le harcèlement psychologique au travail, qui inclut la notion de harcèlement sexuel » (INSPQ, 2012).

professionnelle. *L'agression sexuelle de type intrafamilial* survient la plupart du temps chez les individus d'âge mineur où l'agresseur est un membre de la famille immédiate (père, mère, conjointe du père, conjoint de la mère, frère, sœur) ou élargie (grands-parents, oncle, tante, cousin(e)). *L'agression sexuelle de type extrafamilial* a lieu lorsque l'agresseur n'est pas un membre de la famille immédiate ou élargie. Il est plutôt une connaissance, une personne faisant partie de l'entourage de la victime (professeur(e), entraîneur, gardien(ne), ami(e) de la famille, voisin(e)) ou encore un étranger. *L'agression sexuelle de type conjugal* se produit lorsque l'agresseur est le/la conjoint(e), le/la marié(e), le/la partenaire d'une relation amoureuse. Par ailleurs, ce type d'agression est devenu une infraction criminelle uniquement depuis 1983 dans le Code criminel canadien. En dernier, *l'agression sexuelle de type professionnel*, communément appelée «inconduite sexuelle», se présente lorsque l'abuseur est en position d'autorité vis-à-vis sa victime dans le cadre d'une relation professionnelle. Par exemple, cela pourrait survenir dans le cadre d'une relation d'aide, d'une relation thérapeutique où l'intervenant commettrait des gestes sexuels et/ou verbaliserait des propos indécents à connotation sexuelle à l'égard de son client/patient/usager/bénéficiaire de services.

En somme, c'est dans une vision plus intégrale que s'instaure la définition de l'agression sexuelle dans ce travail tout en prenant en considération la distinction à faire avec certaines paraphilies. Enfin, les différents sous-types d'abus sexuel amènent une meilleure compréhension clinique des difficultés vécues chez la victime tout en précisant les cibles thérapeutiques par la suite.

1.2. Informations factuelles à propos des victimes d'agression sexuelle (VAS)⁴

1.2.1. Prévalences, incidences et coûts associés à la victimisation sexuelle

Concernant les chiffres, il s'avère intéressant de constater une contradiction concernant l'amplitude du phénomène de l'agression sexuelle à travers le monde. D'une part, certains affirment que l'ampleur des agressions sexuelles commises est relativement grande à l'échelle mondiale et ce, peu importe les caractéristiques sociodémographiques distinguant les VAS (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2002). On rapporte que la victimisation sexuelle varierait entre 15,3% et 25% selon diverses villes, provinces et pays à travers le monde et aurait un prix humain et économique dépassant des centaines de millions de dollars par an en frais de soins de santé, en frais de justice, en absentéisme au travail et en perte de productivité. Cela dit, les études internationales disponibles sur la prévalence, l'incidence et les coûts de l'agression sexuelle sont plutôt hétérogènes en raison

⁴ Veuillez prendre note qu'afin d'alléger le texte, des figures illustrant les statistiques actuelles quant à la victimisation sexuelle ainsi qu'aux caractéristiques associées aux VAS sont fournis en fin de document. Voir Figures 3.1 à 3.6.

de la disparité dans la définition des termes, l'hétérogénéité des populations à l'étude, des cultures, des lieux et des durées d'enquête, de la diversité des sources et de leurs utilisations (celles issues des services de protection de la jeunesse, celles des services policiers, celles issues des enquêtes populationnelles, etc.) (Darves-Bornoz, 2000). Par conséquent, les études épidémiologiques actuelles sous-estimeraient l'ampleur de la victimisation sexuelle en raison des points soulignés précédemment, mais aussi parce que certaines cultures entretiennent, encore de nos jours, des idéologies où la femme ou l'enfant est perçu comme un simple objet duquel le pourvoyeur de la famille peut disposer comme bon lui semble. Cela peut être dû également en raison d'une banalisation de la violence sexuelle qualifiée «d'affaire privée» dans la plupart des pays sous-développés (OMS, 2002). De surcroît, plusieurs experts dans le domaine de l'agression sexuelle stipulent que la sous-estimation de cette ampleur serait due à des facteurs qui rendent difficile le dévoilement d'un abus (peur, culpabilité, honte, confusion ressenties chez la victime et tabous en lien avec la sexualité) (London, Bruck, Ceci, & Shuman, 2005). De façon générale, la prévalence associée à une révélation d'une victimisation sexuelle serait encore plus sous-estimée chez les hommes étant donné l'existence des mythes et des fausses croyances véhiculées dans la société quant au rôle sexué typiquement masculin (i.e. la valorisation de l'homme sexualisé, fort et viril) (Dorais, 2008). Selon une méta-analyse réalisée par Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg (2011) auprès d'un échantillon international totalisant 10 millions de participants entre 1980 et 2008, les cas d'auto-déclarations des abus sexuels subis durant l'enfance sont moins fréquents chez les hommes (76/1000) que chez les femmes (180/1000). Par ailleurs, l'estimation mondiale globale de la prévalence des abus sexuels subis durant l'enfance était de 127/1000 dans les études reposant sur les auto-déclarations et de 4/1000 dans les études reposant sur des informateurs.

D'autre part, des sources nord-américaines rapportent une diminution constante des taux d'abus sexuel envers les enfants. Aux États-Unis, entre 1992 et 2013, on indique une baisse de 64 % passant de plus de 70 cas à 25 cas par tranche de 10 000 enfants (Finkelhor, Saito & Jones, 2015). Au Canada, on constate un phénomène semblable avec une diminution de plus de 50% entre 1998 et 2008, soit de 8,9 à 4,3 cas par 10 000 enfants (Collin-Vézina, De La Sablonnière, Silva & Tourigny, 2011). Au Québec, à partir des données recueillies des services de protection de la jeunesse, un portrait similaire se dessine : 8,1/10 000 enfants en 1998 et 5,5/10 000 enfants en 2008 (Collin-Vézina et coll., 2011). À la lumière de cette tendance encourageante, il demeure important tout de même de se questionner à savoir si ces taux officiels sont fiables et représentatifs de la réalité clinique. Ainsi, tel que suggéré par Mme Daigneault (2012), les études de prévalence réalisées auprès des adultes VAS renseignent sur leurs abus sexuels vécus antérieurement durant

l'enfance et/ou l'adolescence. À ce sujet, l'étude de Tourigny, Hébert, Joly, Cyr & Baril (2006) auprès d'un échantillon représentatif des adultes québécois(es) a montré qu'environ un homme sur 10 (9,6 %) et près d'une femme sur quatre (22 %) rapportaient avoir été victime d'au moins une agression sexuelle avec contact avant l'âge de 18 ans, représentant 16 % de la population québécoise. Ces chiffres sont appuyés, car ils sont comparables à ceux provenant d'études nord-américaines (Tourigny & Baril, 2011 ; Gorey & Leslie, 1997). Dans un même ordre d'idées, la méta-analyse de Stoltenborgh et coll. (2011) indique que les autorités actuelles sous-estiment vraisemblablement de 30 fois le nombre de cas réels d'abus sexuel vécus à l'enfance lorsqu'on les compare aux taux de prévalence autorapportés par les VAS adultes (18% des femmes et 7,6% des hommes rapportaient avoir vécus l'abus sexuel durant leur enfance). En ce sens, un sondage québécois révèle que 21,3% des adultes VAS durant leur enfance indiquent n'avoir jamais dévoilé l'incident à personne avant l'étude et plus de la moitié ont attendu plus de cinq ans après l'agression avant de la dévoiler (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff & Joly, 2009). Pour les taux de victimisation sexuelle rapportés à partir de la mi-adolescence jusqu'à l'âge adulte, les données de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2009 ont permis d'estimer que 677 000 Canadiens de 15 ans et plus avaient été victimes au moins une fois d'agression sexuelle (dont 472 000 étaient des femmes), et ce, uniquement au cours de l'année précédant l'Enquête. Cela correspond à un taux de 24 cas d'agression sexuelle par 1000 habitants de 15 ans et plus (Statistique Canada, 2010).

En somme, diverses variables en viennent à créer un phénomène qualifié de la «pointe de l'iceberg» par la psychologue-experte Isabelle Daigneault (2012). Cette analogie s'explique par le fait que seuls les cas connus d'abus, les pratiques mises en place de rétention des signalements et de corroboration des faits d'agression sexuelle par les services policiers et de protection de la jeunesse ainsi que la volonté des VAS à révéler l'abus sont pris en compte dans les statistiques actuelles. D'une part, certains experts tendraient à percevoir « l'iceberg » dans son intégralité en mentionnant l'ampleur certaine (en termes de taux de prévalence, d'incidence et de coûts) que prend la victimisation sexuelle, alors que d'autres y indiqueraient une tendance vers la baisse. Ainsi, on semble présenter la partie mineure émergente du problème au détriment de la partie majeure des abus sexuels restant encore dans l'ombre, dans l'attente qu'un jour les VAS affronteront les obstacles liés au dévoilement.

1.2.2. Caractéristiques des victimes d'agression sexuelle (VAS)

Une victime d'abus sexuel est définie comme le protagoniste non-consentant faisant l'objet d'attaques sexuelles avec ou sans contacts physiques de la part de l'agresseur. Les recherches dans le domaine de la victimisation sexuelle ont mis en évidence certains facteurs pouvant être associés

à une plus grande probabilité d'être VAS. Toutefois, il n'existe aucun portrait-type des victimes étant donné la diversité des caractéristiques intra et interindividuelles présentes chez elles, chez l'agresseur ainsi que dans la relation existante entre l'agressé et l'agresseur. Cela dit, certaines données rapportées renseignent sur les caractéristiques individuelles, le contexte ainsi que la nature de l'agression sexuelle vécus par les enfants, les femmes et les hommes VAS (INSPQ, 2012).

Les enfants et les adolescents sont le groupe d'individus le plus souvent touchés par la victimisation sexuelle. En 2010, ils représentent 66% de toutes les infractions sexuelles déclarées aux services policiers (Ministère de la sécurité publique du Québec, 2012). En 2008, une étude canadienne (ÉCI)⁵ portant sur les caractéristiques juvéniles des cas d'agression sexuelle fondés fait ressortir certaines tendances générales (Agence de santé publique du Canada, 2008). La grande majorité des cas sont des victimes juvéniles de sexe féminin (78%). Environ la moitié d'entre eux ont été perpétrés au début de l'adolescence envers tout sexe confondu (12-15 ans). Environ 51% des cas comportaient des épisodes d'agressions sexuelles multiples. La moitié des cas corroborés sont des attouchements. Selon le Ministère de la Sécurité publique (2012), les données recueillies des services policiers révèlent que les filles sont majoritairement VAS (61 %) au début de l'adolescence entre 12 et 15 ans alors que les garçons sont VAS principalement durant l'enfance (62%). Quant aux différences inter-sexe, les victimes juvéniles de sexe féminin sont davantage la proie d'agresseurs intrafamiliaux alors que celles de sexe masculin subissent davantage l'agression extrafamiliale (Tourigny & Baril, 2011). Également, les garçons subiraient l'agression sexuelle sur une période circonscrite dans le temps alors que les filles feraient l'expérience d'incidents d'abus sexuels répétitifs sur une période beaucoup plus longue (Wolfe, 2007). Les agressions sexuelles armées (niveau 2) ou graves (niveau 3) représentent 1% des infractions sexuelles envers les enfants et adolescents. De plus, 87 % des VAS infantiles / juvéniles connaissaient l'auteur de l'agression et, dans la moitié des cas, il s'agissait d'un abus sexuel intrafamilial (48 %). Par ailleurs, il y a davantage (65%) de VAS enfants (11 ans et moins) qui se sont faites abusées par un membre de la famille immédiate ou éloignée alors que c'est le cas de 36% des VAS adolescentes. Enfin, en plus de l'événement potentiellement traumatique qu'est la victimisation sexuelle, on rapporte qu'entre 25% et 50% des mineurs québécois et canadiens vivaient une autre forme de maltraitance (abus physique, abus psychologique, négligence ou exposition à la violence conjugale) (Tourigny, Hébert, Joly, Cyr & Baril, 2008 ; Trocmé, Fallon, MacLaurin, Daciuk, Felstiner, Black et al., 2005).

⁵ «L'Étude canadienne sur l'incidence des cas de violence et de négligence envers les enfants (ÉCI-2008) a documenté près de 16 000 situations de mauvais traitements signalées aux services canadiens de protection de l'enfance et les données recueillies permettent de décrire les caractéristiques des agressions sexuelles vécues par les enfants dont la situation a été retenue par les organismes de protection de l'enfance» (INSPQ, 2012).

Malgré le fait qu'il n'existe pas de facteur causal de l'agression ou de la victimisation sexuelle, certains facteurs⁶ augmentent le risque d'être une VAS (INSPQ, 2012). Parmi les facteurs de risque individuels⁷ on retrouve le fait : d'appartenir au sexe féminin, d'être âgé entre 6 et 11 ans pour les agressions sexuelles intrafamiliales et de 12 à 17 ans pour les agressions extrafamiliales, d'avoir des antécédents d'abus physique ou sexuel et le fait d'avoir certaines limitations particulières (handicap physique ou intellectuel, problèmes de santé mentale ou physique) (Black, Heyman, & Slep, 2001 ; Martin, Najman, Williams, Bor, Gorton, & Alati, 2011). Outre le sexe biologique, le stade développemental, la santé mentale et physique de la VAS, certains facteurs familiaux ont été identifiés comme étant susceptibles de rendre vulnérables des enfants à se faire abuser sexuellement. Parmi les facteurs familiaux/relationnels, la recherche indique une supervision parentale pauvre, des problèmes de consommation de substances ou de santé mentale des parents ainsi que la présence d'une figure parentale substituée (e.g. beau-père) (Putnam, 2003). D'un point de vue plus large, des facteurs communautaires s'insèrent aussi en ce qui concerne le risque qu'un mineur se fasse sexuellement abuser ; soit une tolérance de l'agression sexuelle et des sanctions peu sévères face à l'infraction sexuelle dans une communauté en particulier (Jewkes, Sen, & Garcia-Moreno, 2002). Enfin, à un degré encore plus lointain, certains facteurs de risque sociétaux comme «*la présence d'hypersexualisation des jeunes dans une société, le refus historique d'une société de reconnaître l'agression sexuelle envers les enfants, des normes traditionnelles quant au rôle des deux sexes, la présence d'une idéologie des droits sexuels dominants de l'homme sur ceux de la femme, des faibles sanctions légales de l'agression sexuelle envers les enfants et des normes sociales soutenant l'agression sexuelle*» augmentent également le risque qu'un enfant/adolescent devienne une VAS (INSPQ, 2012).

Les adultes aussi possèdent des caractéristiques qui les fragilisent au fait d'être assujéti à une agression sexuelle. Au Québec, 90% des VAS adultes sont des femmes (Ministère de la sécurité publique du Québec, 2012). Par ailleurs, la tranche d'âge des femmes la plus affectée par l'abus sexuel est les 18-24 ans (Ministère de la sécurité publique du Québec, 2011). De surcroît, selon une étude réalisée auprès des femmes canadiennes VAS en 2008, 38% d'entre elles ont subi des blessures lors de l'abus. Les cas rapportés aux autorités indiquent que les infractions sexuelles ont

⁶ « Un *facteur de risque* d'agression sexuelle est une condition, une circonstance ou une particularité chez une personne ou dans son environnement qui augmente la probabilité de commettre une agression sexuelle ou d'être victime d'agression sexuelle. La présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque *ne peut être la cause* d'une agression sexuelle, mais peut en avoir augmenté les risques » (Baril & Tourigny, 2009).

⁷ À noter que l'INSPQ (2012) stipule que « les facteurs de risque individuels ne doivent pas servir à blâmer les victimes d'agression sexuelle, mais plutôt à prévenir les agressions sexuelles en ciblant les personnes plus à risque et en agissant en amont sur ces facteurs. La personne qui commet une agression sexuelle est toujours la personne responsable de cette agression ».

été commises en résidence privée dans près de 60% des cas et qu'environ 40% des femmes ont été agressées par une connaissance ou un ami (Statistique Canada, 2010). Concernant l'abus sexuel commis chez les hommes adultes, très peu de recherches se sont penchées sur la question (Jewkes, Sen, & Garcia-Moreno, 2002). Au Québec, les VAS adultes de sexe masculin représentent officiellement 3 à 8 % des cas rapportés aux autorités alors que pour les femmes, c'est environ 20% des cas rapportés d'agression sexuelle (Ministère de la sécurité publique du Québec, 2012). Toutefois, tel que mentionné dans la section précédente, certains obstacles en lien avec le dévoilement indiquent une sous-estimation des cas d'agression sexuelle réels chez les hommes. Une fois de plus, la tranche d'âge la plus touchée par l'agression sexuelle est celle des 18-24 ans chez les hommes. De manière comparable à la situation des femmes VAS, les hommes agressés ont subi des blessures dans 30% des cas. Dans le même sens, presque la moitié des cas indiquaient que l'infraction sexuelle a été perpétrée en résidence privée et l'agresseur était une connaissance ou un ami (Jewkes, Sen, & Garcia-Moreno, 2002).

Les facteurs de risque de victimisation sexuelle sont également présents chez les adultes. Les facteurs individuels font référence au fait d'être une femme, d'être au début de l'âge adulte (vingtaine-début trentaine), d'avoir vécu de la maltraitance dans l'enfance, d'avoir un/des antécédent(s) d'abus sexuel, de consommer des substances ainsi que le fait de travailler dans l'industrie du sexe. Bien qu'il y ait très peu de facteurs de risque documentés scientifiquement sur le plan relationnel, on indique que le fait d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels peut augmenter la probabilité de se faire abuser sexuellement (Söchting, Fairbrother, & Koch, 2004). Enfin, les facteurs de risque communautaires et sociétaux sont les mêmes que ceux rapportés pour la victimisation sexuelle à l'enfance (INSPQ, 2012).

Ainsi, les VAS possèdent des caractéristiques inhérentes à leur sexe biologique, à leur stade développemental et qui sont recherchées par les abuseurs. Selon une perspective écologique-transactionnelle, il existe plusieurs systèmes exerçant une interinfluence entre eux et celle-ci s'étend de la plus proximale à la plus distale (individuelle, familiale/relationnelle, communautaire, sociétale) à partir de la VAS elle-même. Par conséquent, cela prédispose, précipite et/ou maintient la VAS au cycle de la victimisation sexuelle. Or, l'identification de ces influences à risque permet aux chercheurs, cliniciens et décideurs de mieux planifier et développer des interventions préventives adéquates en fonction des groupes d'âge les plus à risque, afin d'agir ultimement sur ces effets rendant une personne plus assujettie à un abus sexuel (INSPQ, 2012).

1.3. Cadre théorique

Plusieurs perspectives théoriques se sont penchées sur l'événement potentiellement traumatique que vivent les VAS afin de mieux comprendre et d'expliquer l'étiologie de la victimisation sexuelle ainsi que des aspects qui l'entourent (la nature, le contexte, le type de gestes posés, l'agresseur) de même que de prédire les conséquences individuelles, voire collectives qui en découleront par la suite. Par ailleurs, ces modèles explicatifs sont à la base des études empiriques d'évaluation et de traitement des VAS. Bien que tous les humains vivent des événements potentiellement traumatiques de toutes sortes et à divers degrés au cours de leur vie, les VAS seraient plus à risque de développer des symptômes posttraumatiques plus chroniques et sévères (Herman, 1992). Étant donné que la majorité des cas d'abus sexuel surviennent entre l'enfance et le début de l'âge adulte, le développement identitaire (incluant le développement du sens moral et de la régulation affective) se voit grandement perturbé et des symptômes sévères apparaissent dans le portrait clinique. Certains auteurs parlent alors de « traumatismes complexes » (Van der Kolk, 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005; Vaiva & Ducrocq, 2006) se traduisant par une succession d'événements traumatiques chroniques sur la trajectoire développementale de l'individu qui ont un impact significatif sur la construction de sa personnalité. Néanmoins, ce ne sont pas toutes les VAS qui développeront un ÉSPT étant donné que certaines victimes sont plus résilientes et que d'autres sont plus vulnérables (Hébert et coll., 2002). De façon sommaire, la résilience se définit comme un trait de caractère résultant de caractéristiques innées et acquises, et qui augmente les possibilités que la personne s'adapte bien au stress. À l'opposé, la vulnérabilité est un trait de caractère résultant de caractéristiques innées et acquises, et qui augmentent les risques que la personne réagisse au stress de façon inadaptée voire pathologique (Bee & Boyd, 2011).

Selon la perspective écologique-transactionnelle, le modèle interactionniste d'Horowitz (1990) stipule que la nature résiliente ou vulnérable de l'individu en interaction avec un environnement facilitant ou difficile en viennent à produire des résultats développementaux optimaux versus minimaux. Dans le même sens, le modèle diathèse-stress reprend cette idée où un seuil relatif de vulnérabilité (prédisposition innée) en interaction avec un stressor environnemental plus ou moins intense, déclenche ou non un déséquilibre psychologique (Ingram & Luxton, 2005). De cette façon, considérant que l'abus sexuel s'inscrit dans un environnement aversif, une victime de nature plus résiliente aura un développement relativement plus préservé qu'une victime plus vulnérable faisant l'objet de ce qu'Horowitz appelle le « double mauvais sort » (vulnérabilité + environnement difficile). Le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), quant à lui, met en évidence l'ensemble des systèmes environnementaux exerçant des influences complexes

d'interdépendance mutuelle entre la victime et les agents sociaux qui l'entourent des plus proximaux aux plus distaux. La VAS se situe au centre de ce modèle avec ses caractéristiques individuelles aux plans biologique et psychologique. Ensuite, il y a les microsystèmes composés des environnements immédiats de la VAS (famille, amis, école, travail, voisinage, affiliation religieuse, etc.). Le mésosystème englobe les relations existantes entre les divers microsystèmes présents dans la vie de la VAS. Par exemple, un enfant abusé sexuellement par son oncle qui décide de dénoncer ce dernier à ses parents sera susceptible de créer une rupture entre sa famille immédiate et sa famille éloignée, autrement dit entre deux microsystèmes. L'exosystème, quant à lui, correspond à l'environnement socioéconomique (les conditions de travail, politiques gouvernementales) dans lequel évolue la VAS. D'ailleurs, un niveau socioéconomique défavorisé serait associé à une supervision parentale appauvrie qui, elle, augmente le risque qu'un enfant subisse une agression sexuelle (Putnam, 2003). Le macrosystème englobe tous les milieux précédents et fait référence à la culture d'une société en particulier (idéologies, valeurs, normes sociales, attitudes prônées). Enfin, le tout s'intègre dans le chronosystème qui sont les changements qui surviennent à travers le temps chez la VAS. Somme toute, le principe d'interdépendance découlant de la perspective écologique-transactionnelle illustre bien les facteurs de risque, les conséquences, les relations issues de la victimisation sexuelle sur plusieurs plans et indique que l'agression sexuelle n'est pas uniquement une problématique individuelle. Elle est également le fruit d'interactions bidirectionnelles sur diverses sphères : conjugale, familiale, interpersonnelle, professionnelle, communautaire et socioculturelle (Bronfenbrenner, 1979 ; Spaccarelli, 1994). À ce sujet, l'OMS (2002) stipule que l'agression sexuelle est un véritable problème de santé publique et qu'il reste encore énormément de travail à faire pour réduire son ampleur et ses conséquences.

Selon l'approche psychanalytique de Freud (1895), l'enfant VAS (l'objet) serait en fait victime d'une tentative de séduction de la part de l'adulte agresseur (le sujet). Ce faisant, l'enfant reçoit une surcharge d'excitations nouvelles qu'il n'est pas en mesure de décharger, ni de traiter adéquatement. Étant trop immature physiquement et psychiquement, le jeune se retrouve dépourvu de mécanismes adéquats pour composer avec toutes ces pulsions, alors il les refoule primitivement dans son inconscient. Dans la même lignée, sa fille Anna Freud (1969) stipule que le traumatisme serait le fruit de l'incapacité du Moi à maîtriser le flot externe ou interne de pulsions sexuelles et agressives. Elle ajoute qu'afin de se protéger des attaques au corps, le Moi déploie un système défensif composé de deux boucliers (un pour gérer les pulsions venant de l'extérieur et le second pour contenir celles issues intrinsèquement). Ce bouclier est composé du Moi auxiliaire de la mère résultant de la qualité des soins maternels, puis une fois le Moi arrivé à maturité, les mécanismes de défense prendraient place. Il y a risque de traumatisme dès que les mécanismes de défense ne

sont plus en mesure de bloquer/contenir les pulsions déclenchées par l'événement. D'une part, dans sa conception du traumatisme sexuel, cette dernière stipule que l'événement d'agression doit être soudain et imprévisible empêchant ainsi le système de défense de se préparer à subir « l'attaque ». D'autre part, elle mentionne que l'on doit pouvoir observer des signes concrets d'une perturbation de l'équilibre du Moi tout de suite après l'événement (e.g. symptômes, détresse et altération significatives du fonctionnement). Enfin, Anna Freud (1969) apporte l'idée que plus tôt survient le trauma dans le développement, plus le système de défense du Moi est déstabilisé et plus le développement ultérieur de la VAS risque d'être compromis. Un autre modèle théorique psychodynamique, mais cette fois-ci plus contemporain, est celui du « Trauma au soi » proposé par Briere et son équipe (1996, 2002). Ce modèle stipule que des événements traumatiques (de différentes natures) vécus en bas âge compromettent le développement ultérieur de l'individu en engendrant une symptomatologie parfois chronique telles que des relations interpersonnelles aux prises avec des dynamiques d'attachement pathologiques (ex. évitement de l'intimité, angoisse d'abandon), des stratégies dysfonctionnelles de régulation affective (ex. compulsions sexuelles, toxicomanie, dissociation, automutilation) ainsi qu'un développement identitaire altéré (via des représentations cognitives de soi, des autres et du futur qui sont distorsionnées).

Un autre modèle explicatif des symptômes et des conséquences associés à la victimisation sexuelle est le modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). Ces derniers stipulent qu'il y aurait quatre dynamiques présentes à prendre en considération chez les VAS qui s'activent parfois, simultanément ou successivement, lors de l'agression : la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation. Chacune d'entre elles amènerait des conséquences spécifiques. La sexualisation traumatique signifie que la sphère sexuelle de la jeune victime évolue de façon problématique voire dysfonctionnelle en fonction d'une atteinte développementale prématurée. La sexualité devient un mécanisme d'adaptation où la VAS entre en contact avec les autres en utilisant des comportements sexuellement réactifs, répétitifs, voire abusifs en fonction de son âge ou encore en adoptant des comportements sexuellement répressifs (évitement de la sexualité, peur, dégoût démesuré, etc.). Ensuite, il y aurait un sentiment de trahison ressenti chez la VAS qui entraverait la capacité de cette dernière à développer des liens significatifs de confiance avec les adultes dans un contexte d'intimité. Cette trahison serait d'autant plus présente lorsqu'un adulte de confiance (agresseur) causerait directement du tort à l'intégrité physique et psychique de la VAS ou encore lorsque qu'un autre adulte lui en causerait de façon indirecte en ne réussissant pas à la protéger (e.g. le parent non- agresseur dans le cadre d'un abus intrafamilial). De surcroît, la VAS développerait un sentiment d'impuissance grandissant au fur et à mesure que le corps et la psyché subissent des attaques. À cette étape, on voit normalement

apparaître les manifestations cliniques d'une gamme de symptômes internalisés (anxiété, dépression, phobies) et externalisés (agressivité extériorisée, troubles de comportement). Enfin, la stigmatisation se traduit par des sentiments de culpabilité et de blâme que la VAS va développer à la suite de messages négatifs reçus implicitement ou explicitement de la part de l'agresseur. Il en est de même lorsque certains membres de l'entourage manifestent des attitudes négatives et des réactions spontanées à l'égard de la VAS. Cette dernière dynamique amènerait chez la VAS des pulsions autodestructrices (gestes parasuicidaires, idées noires, tentatives de suicide, abus de substances) (Hébert, Cyr, & Tourigny, 2011 ; Nadorff, Nazem, & Fiske, 2013).

Selon l'approche psychiatrique largement utilisée en Amérique du Nord, un modèle conceptuel d'intérêt est celui des symptômes de stress post-traumatique. Plusieurs études démontrent que les chaînes de réactions et de conséquences de la VAS cadrent avec les critères diagnostiques du Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT) du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^e édition*⁸ (DSM-5 ; APA, 2013). Cela implique que la personne subisse un événement constituant une menace sérieuse (blessures graves, vie en danger, intégrité physique et psychologique menacées). La réaction de la personne se manifeste par une peur intense, un sentiment d'horreur ou d'impuissance (de résignation acquise). On observe également quatre principales catégories de manifestations cliniques : les symptômes intrusifs envahissants (ex. flashbacks), les comportements d'évitement associés aux stimuli reliés à l'événement traumatique, les cognitions dysfonctionnelles et des affects négatifs persistants ainsi que les symptômes d'altération neurovégétative (ex. d'hypervigilance /d'hyperveil). De plus, Van der Kolk et coll. (2009) révèlent dans leur étude que des situations traumatiques vécues très tôt dans le développement amènent des conséquences et des symptômes encore bien plus sévères et complexes. Par ailleurs, ce modèle a fait l'objet de quelques ajouts pour donner suite à l'apport empirique obtenu depuis les années 90. La notion de trauma complexe est apparue et stipule qu'un enfant peut être victime à la fois d'abus sexuel et être témoin, par exemple, de la violence conjugale chez ses parents. Il n'est pas rare d'observer une co-occurrence de diverses formes de maltraitance chez les jeunes, donnant lieu à ce que l'on appelle la « polyvictimisation ». L'intensité des symptômes associée à l'ÉSPT et des autres comorbidités psychiatriques s'en trouve alors augmentée. Enfin, un dernier ajout à ce modèle est la classification de la symptomatologie posttraumatique en deux types. Le premier type est limité davantage aux symptômes des critères diagnostiques de l'ÉSTP (nouvellement appelé TSPT) marqués par la soudaineté, la brutalité d'un événement bien délimité dans le temps, i.e. à court terme (e.g. victime d'une catastrophe naturelle,

⁸ À noter qu'afin d'alléger le texte, les critères diagnostiques détaillés de l'ÉSPT (nouvellement appelé TSPT) sont fournis en Annexe B.

d'un viol, d'un accident de voiture). Le deuxième type est le résultat d'une exposition répétée sur le long terme à des contextes d'adversité extrêmes (e.g. victime de maltraitance, négligence parentale, VAS de type intrafamilial sur plusieurs années, victime de guerre et de pauvreté) (Terr, 1991 ; Wolfe, & Birt, 1995, 1997).

En définitive, il existe plusieurs modèles conceptuels issus de diverses approches théoriques. Certains modèles d'intérêts visent à comprendre l'interaction entre les variables entourant l'abus, les stressors environnementaux et les conséquences sur plusieurs plans relationnels entourant la victimisation sexuelle (approche écologique-transactionnelle). D'autres se sont centrés plus particulièrement sur la compréhension psychique et des mécanismes sous-jacents de la VAS (approche psychodynamique). Enfin, certains ouvrages, davantage utilisés en recherche et en clinique, ciblent le(s) traumatisme(s) et les symptômes qui y sont associés au cœur de leurs modèles (e.g. approche psychiatrique axée sur le trauma). Ces modèles réunis ensemble apportent une compréhension plus approfondie de la problématique de la victimisation sexuelle et des considérations à prendre autant pour la phase d'évaluation que pour celle du traitement de la VAS.

1.3.1. Conséquences de l'agression sexuelle

Tel que mentionné précédemment, la victimisation sexuelle ne comporte pas uniquement des conséquences pour les VAS mineures et adultes, mais également pour leurs proches, pour leurs divers milieux de vie (famille, amis, école, travail) ainsi qu'à la société en général. D'une part, ce problème de santé des populations à travers le monde engendre des coûts directs importants aux différents pays en matière de frais de justice, de frais médico-sociaux pour les VAS et leurs proches, de frais d'organismes gouvernementaux venant en aide aux VAS (IVAC, CAVAC) sans compter les frais injectés dans le système carcéral pour les abuseurs. D'autre part, il y a aussi des frais indirects associés à la victimisation sexuelle en raison de taux d'absentéisme et de présentéisme plus élevés chez les VAS au plan de leur sphère occupationnelle (à l'école, au travail). Cela contribue à ralentir l'efficacité, la productivité des travailleurs et, par conséquent, l'économie sociétale. Les coûts directs et indirects mis ensemble sont difficilement chiffrables en raison des variables qui changent d'un pays à l'autre. Cela dit, la plupart des gestionnaires responsables des politiques gouvernementales en lien avec la victimisation sexuelle estiment ces chiffres à quelques milliards de dollars annuellement (Hankivsky, & Draker, 2003). Selon l'INSPQ (2012), les conséquences sont multiples, diverses et varient d'une victime à l'autre en fonction : de la nature, de la fréquence, de la durée, de l'intensité des gestes subis et des liens l'unissant à l'agresseur. Le polymorphisme que peut prendre les conséquences de l'abus dépend aussi des caractéristiques personnelles de la victime et de son entourage (âge, sexe, tempérament, personnalité, soutien

social/parental/familial). Les répercussions néfastes de l'abus sexuel peuvent être immédiates ou survenir de façon différée dans le temps. Par ailleurs, elles peuvent perdurer à moyen-long terme et évoluer négativement pour affecter de nouvelles sphères de fonctionnement de l'individu si elles ne sont pas considérées sérieusement (Hébert, 2011 ; Baril & Tourigny, 2009).

De façon générale, la littérature scientifique indique que parmi les VAS infantiles et juvéniles, on retrouve une panoplie de conséquences psychologiques immédiates se traduisant par des affects négatifs (e.g. état de choc, peur, anxiété, culpabilité, déni, confusion, symptômes de stress posttraumatique) et de l'isolement social (Polucci, Genuis, & Violato, C., 2001 ; Putnam, 2003). Également, il est rapporté qu'un antécédent d'abus sexuel vécu durant l'enfance est un facteur de risque important pour l'apparition de problèmes d'adaptation psychologique et sociale plus tard dans le développement. Une étude longitudinale s'échelonnant sur plus d'une quarantaine d'années auprès d'enfants VAS a démontré qu'à l'âge adulte, ces dernières avaient 7 fois plus de risque de développer un ÉSPT, 9 fois plus de risque de souffrir d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance et 8,5 fois de recevoir un diagnostic de trouble de la personnalité limite (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells, & Spataro, 2010). Par exemple, on peut retrouver des troubles au plan de la sphère relationnelle (e.g. difficultés conjugales en contexte d'intimité, style d'attachement insécure) ainsi que sur la sphère parentale (e.g. adoption d'un style parental permissif, difficultés relationnelles avec l'enfant, parentification du jeune, possibilité de transmission intergénérationnelle, etc.) (DiLillo & Damashek, 2003 ; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). De surcroît, plus tôt survient l'abus sexuel dans le développement de la personne, plus graves seront les conséquences sur la poursuite du développement, car l'abus peut survenir en pleine période développementale dite «sensible» ou «critique» (Wolfe, 2007). Cela amène des répercussions négatives qui ont plus de chance de se chroniciser à long terme (e.g. problème de régulation émotionnelle, problèmes de métacognition, recours à des stratégies d'adaptation inadéquates, etc.). Selon Wolfe (2007), les conséquences les plus fréquemment retrouvées chez les enfants VAS sont des symptômes posttraumatiques, un haut degré de détresse psychologique et des comportements sexuels problématiques. Par ailleurs, l'étude de Bernard-Bonnin, Hébert, Daignault, & Allard-Dansereau (2008) indique que ce serait environ la moitié des enfants abusés qui éprouveraient des symptômes posttraumatiques dont le tiers répondrait à tous les critères diagnostiques de l'ÉSPT. Le risque de développer un ÉSPT chez une VAS enfant est 4 fois plus grand que ce que l'on retrouve chez un enfant non-abusé (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Les deux tiers restants auraient tout de même des symptômes posttraumatiques, mais ceux-ci seraient jugés comme étant sous-cliniques. En fait, il est possible que ces enfants aient perçu subjectivement l'agression sexuelle comme étant moins grave, qu'ils présentent des facteurs de protection les

aidant à mieux transiger avec le trauma (e.g. haut degré de résilience, soutien parental optimal) ou encore qu'ils soient dans un état symptomatologique latent (ex. en raison d'états dissociatifs) à partir duquel les conséquences surviennent de façon différée dans le temps (Wolfe, 2007; Calam, Horne, Glasgow, & Cox, 1998).

Selon plusieurs chercheurs dans le domaine (Hébert, 2011 ; Baril & Tourigny, 2009 ; Putnam, 2003), les conséquences les plus souvent observées au moyen-long cours chez les VAS infantiles sont les suivantes : des manifestations neurobiologiques déficitaires (suractivation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien - HPA au cerveau), des symptômes internalisés (anxiété, dépression, peur, phobie spécifique, méfiance, faible estime de soi, etc.), des symptômes externalisés (troubles de comportement, agressivité dirigée contre les autres, humeur irritable, isolement social, comportements sexuels problématiques, etc.), de la somatisation (énurésie, maux de ventre, maux de tête, fièvre soudaine), des symptômes posttraumatiques, des symptômes de dissociation (dépersonnalisation, déréalisation) et des retards développementaux (difficultés sociocognitives et langagières). Chez les VAS adolescentes, on rapporte les mêmes répercussions énumérées précédemment en ajoutant : des comportements autodestructeurs (idées noires, comportements d'automutilation, tentatives de suicide), des comportements en lien avec un trouble de l'image corporelle (troubles alimentaires comme moyen de compenser l'attaque au corps), des troubles de comportements plus sévères (délinquance juvénile, délinquance sexuelle, revictimisation sexuelle), des problèmes relationnels (amis, famille, école), des comportements sexuels à risque (activité sexuelle et grossesse précoces, ITSS, des partenaires sexuels multiples), de la toxicomanie (dépendance, abus de substances servant d'automédication), un style d'attachement insécure ainsi que des enjeux de personnalité pathologiques (organisation limite de la personnalité) (Kendall-Tackett et coll., 1993; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004 ; Lang & Sharma-Patel, 2011; Cyr, McDuff, & Wright, 2006). Par ailleurs, on rapporte que plus de la moitié (50-60%) des VAS adolescentes souffrent d'un ÉSPT et d'un autre trouble internalisé ou externalisé au moyen-long terme (Bal, De Bourdeaudhuij, Crombez, & Van Oost, 2005).

Étant donné que les abus sexuels subis à l'âge adulte surviennent à un moment où le développement de l'identité et de la personnalité est habituellement complété, les répercussions négatives sont plus délimitées dans les diverses sphères de fonctionnement de l'individu que ce que l'on retrouve chez des VAS plus jeunes (Cyr & Payer, 2011). Quoiqu'il en soit, les VAS adultes sont toutes aussi à risque de développer un ÉSPT même plusieurs années après l'agression (Peterson, Voller, Polusny, & Murdoch, 2011 ; Elliott, Mok, & Briere, 2004). Elles sont également

plus à risque que les enfants VAS d'être assujetties à des blessures, à des séquelles physiques et même potentiellement à la mort dépendamment de l'intensité de la violence sexuelle subie (OMS, 2010). En plus de l'éventail de symptômes énumérés précédemment, les VAS adultes utilisent aussi les soins de santé, car elles ont plus de risque de souffrir de dysfonctions sexuelles, de douleurs gynécologiques et menstruelles, d'anxiété sociale (méfiance, isolement, crainte de l'intimité) et de dépression majeure au cours de leur vie (INSPQ, 2012). De surcroît, toutes les autres conséquences recensées chez les VAS adolescentes peuvent s'appliquer également aux VAS adultes (Peterson, Voller, Polusny, & Murdoch, 2011 ; Elliott, Mok, & Briere, 2004). Enfin, malgré la quantité très pauvre d'études réalisées à ce jour concernant la victimisation sexuelle chez les hommes, ceux-ci vivraient les mêmes conséquences que les femmes VAS, voire même d'intensité plus élevée étant donné leur difficulté à demander de l'aide. Entre autres, on retrouve chez les hommes VAS davantage de dysfonctions sexuelles ainsi qu'une potentielle détresse psychologique associée à des questionnements au sujet de leur orientation sexuelle (Peterson, Voller, Polusny, & Murdoch, 2011).

Les symptômes posttraumatiques présents chez un peu plus de la moitié des mineurs et des adultes VAS se divisent en quatre catégories (APA, 2013). Les symptômes de reviviscence (d'intrusion) surviennent, entre autres, lorsque la personne revit constamment le trauma en pensées (flashbacks), sensations, perceptions ou encore sous la forme de cauchemars. Par exemple, chez l'enfant, on voit généralement apparaître une reconstruction de l'abus sexuel dans le jeu qui est accompagnée parfois d'un fort degré de détresse. Les symptômes d'évitement se produisent sur le plan cognitivo-comportemental où la personne cherche à éviter, volontairement ou non, le moindre détail lui rappelant l'événement traumatique. Concrètement, cela peut se traduire sous la forme de comportement d'évitement, de stratégies de distractions abusives ou de l'engourdissement émotionnel (via la consommation de substances psychoactives). Aussi, il y a des symptômes qui surviennent au plan cognitivo-affectif comme le sont la difficulté marquée à se rappeler d'un aspect important de l'événement traumatique (s'expliquant surtout par des périodes d'amnésie/fugue dissociative), un état émotionnel généralement négatif, des attentes et croyances qui sont persistantes, démesurées et négatives envers soi, autrui, le monde, la vie, etc. Enfin, il y a les symptômes d'hyperactivité neurovégétative où l'organisme est continuellement stimulé (via l'activation omniprésente du système nerveux autonome). On voit apparaître chez la victime un état d'alerte constant même en absence de danger réel. Cela peut comprendre, entre autres, une réactivité accrue (crises de colères, comportements imprudents ou autodestructeurs), des difficultés de concentration et de difficultés de sommeil (à initier/maintenir le sommeil, sommeil agité, etc.).

Par ailleurs, il s'avère que les symptômes (difficultés ou signes apparents) ou les troubles (ensemble de plusieurs symptômes en rapport avec un état pathologique donné et permettant, par leur groupement, d'orienter le diagnostic) du sommeil (e.g. insomnie, cauchemars) représentent une conséquence d'ampleur considérable que l'on retrouve fréquemment dans le portrait clinique des VAS tout âge confondu. À la lumière d'une étude longitudinale réalisée par Noll, Trickett, Susman, & Putnam (2006) auprès de VAS juvéniles suivies pendant dix ans, les perturbations de sommeil et les cauchemars font partie intégrante de plusieurs psychopathologies découlant de la victimisation sexuelle : troubles de l'humeur, troubles anxieux, ÉSPT. En fait, Krakow et coll. (2002) rapportent qu'il y aurait 77% des VAS adultes qui souffriraient de perturbations de sommeil et de cauchemars. Ces deux dernières caractéristiques pathologiques seraient non seulement les plus fréquentes, mais aussi les plus affligeantes chez les individus souffrant d'un ÉSPT (Ohayon & Shapiro, 2000). De plus, elles viendraient exacerber les symptômes diurnes de l'ÉSPT (Clum, Nishith, & Resick, 2001). Ces troubles du sommeil se prolongeraient des années après le trauma, voire même au-delà de la rémission des comorbidités psychiatriques de l'ÉSPT et de la dépression majeure. À ce sujet, la méta-analyse de Belleville et son équipe (2010) démontre que les perturbations du sommeil persistent au-delà de la thérapie cognitive comportementale axée sur le trauma (TF-CBT) et ce, pour la plupart des participants (70%) des études recensées, indiquant que le traitement usuel pour traiter les symptômes posttraumatiques n'est pas suffisant à lui seul pour remédier aux symptômes nocturnes de l'ÉSPT. Une autre recension réalisée par Babson & Feldner (2010) visant à documenter la relation entre l'ÉSPT et les perturbations de sommeil fait ressortir les constats suivants : la présence de problèmes de sommeil à la suite de l'exposition à un événement traumatique est reliée à une probabilité accrue de développer un ÉSPT, l'ÉSPT est relié au développement de problèmes de sommeil autodéclarés et les problèmes de sommeil peuvent interférer avec la récupération des niveaux élevés de stress post-traumatique. En somme, des évidences scientifiques ont démontré que les perturbations du sommeil agiraient donc à titre de facteur nuisible et persistant dans l'ÉSPT et contribueraient à maintenir des niveaux de stress élevés chez la victime.

Il semblerait que les troubles du sommeil contribuent également à la revictimisation sexuelle chez les adolescents et jeunes adultes (Noll, Trickett, Susman, & Putnam, 2006). Ce phénomène inquiétant se traduirait, d'une part, par un manque de sommeil induisant des capacités attentionnelles et exécutives plus limitées chez la VAS et, d'autre part, à la consommation fréquente d'alcool et de drogues afin de diminuer les tensions associées à l'hypervigilance. Par conséquent, la VAS se retrouve dans un état désinhibé où le jugement, le contrôle des impulsions ainsi que l'attention (l'état d'alerte) se retrouvent amoindris et où la VAS devient alors plus susceptible de

se trouver dans une situation à risque de se faire abuser à nouveau (e.g. apparition de comportements sexuels à risque et affiliation à des pairs déviants) (Mezzich, Tarter, Giancola, & Kirisci, 2001). En somme, les troubles du sommeil (e.g. insomnie, cauchemars, etc.) seraient non seulement des facteurs précipitants et de maintien de la victimisation sexuelle, mais agiraient également à titre de facteurs aggravants de la problématique. Ils occuperaient un rôle central dans l'ÉSPT (Morrison, 1989).

En définitive, les études se penchant sur la prévalence et sur les conséquences de la victimisation sexuelle ne servent pas uniquement à effectuer des études évaluatives en matière de prévention des abus sexuels. Elles sont aussi utiles, d'une part, pour pister les chercheurs à savoir où se trouvent les besoins réels des VAS et, d'autre part, afin de préciser les cibles thérapeutiques par la suite. Le but visé est de développer des traitements efficaces afin de pallier aux conséquences ou, du moins, d'en réduire l'impact sur le quotidien de la victime. Par leur ampleur et leur nature préoccupante, les cauchemars (symptômes intrusifs) et les perturbations de sommeil, notamment l'insomnie (symptômes d'activation neurovégétative) s'avèrent être des cibles thérapeutiques pertinentes à investiguer davantage en profondeur.

1.4.1.1. Cauchemars

Selon Duval, McDuff et Zadra⁹ (2013), les rêves dysphoriques incluant les cauchemars se définissent « *par des rêves contenant des images perturbantes à forte affectivité négative comme la peur, l'anxiété, le dégoût et la colère* ». Dans le DSM-5 (APA, 2013) et l'ICSD-3 (AASM, 2014), le cauchemar¹⁰ est caractérisé par des éveils brusques survenant le plus souvent en sommeil paradoxal¹¹(SP) et par un rappel clair du contenu manifeste du rêve. Les cauchemars sont plus fréquents dans la seconde moitié de la nuit (AASM, 2014) étant donné que la durée des stades de SP augmente progressivement plus la nuit avance. Les cauchemars chroniques qui sont présents au long cours chez l'individu et qui ne sont pas reliés à une psychopathologie quelconque, s'appellent des cauchemars « idiopathiques ». Quant aux victimes qui ont vécu un événement traumatique, on fait plus souvent référence aux cauchemars « posttraumatiques répétitifs », car leur contenu

⁹ Il existe plusieurs sous-types de rêves et de cauchemars distincts (e.g. cauchemar idiopathique, mauvais rêve, cauchemar posttraumatique, etc.) (Nielsen & Levin, 2007 ; Duval, McDuff, & Zadra, 2013). Dans le cadre de ce projet de recherche, il sera question de rêve perturbant au sens large ; terminologie qui englobe à la fois les mauvais rêves et les cauchemars étant donné que peu d'instigateurs font la distinction dans leurs études.

¹⁰ À noter qu'afin d'alléger le texte, les critères diagnostiques détaillés du trouble du cauchemar pour le DSM-5 (APA, 2013) et l'ICSD-III (AASM, 2014) sont fournis en Annexe C.

¹¹ Synonyme du sommeil à mouvements oculaires rapides (MOR), traduction du "Rapid-eye movement stage" (REM). C'est le stade comportant le plus d'imagerie visuelle, une atonie musculaire et où le dormeur a le plus de chances de rappeler le contenu manifeste du rêve (taux de rappel élevé, soit entre 80 et 90%), car les ondes cérébrales mesurées (via l'électroencéphalogramme) sont similaires à celles que l'on retrouve à l'éveil (De Koninck, Forest, & Lortie-Lussier, 2012).

manifeste est une réplique partielle ou totale de l'événement traumatique originel (cauchemars de « reviviscence involontaire ») ou bien, il comporte encore des thématiques y étant rapprochées (cauchemars « symboliques ») (Schreuder, Igreja, Van Dijk, & Kleijn, 2001). Il existe également les cauchemars induits par une substance (médicaments, drogues, etc.) (Pagel & Helfter, 2003). En termes de diagnostic différentiel, les cauchemars qui surviennent en sommeil paradoxal diffèrent des terreurs nocturnes qui, elles, se produisent en sommeil non-paradoxal et qui ne rapportent pas un souvenir clair du contenu onirique en question (APA, 2013). Par ailleurs, c'est la fréquence ainsi que la détresse psychologique découlant du cauchemar qui déterminent le caractère normal ou pathologique de celui-ci. L'étendue d'âge la plus affectée par les rêves dysphoriques serait les 10-40 ans, ce qui inclut les stades développementaux de la pré-puberté, de l'adolescence et de l'âge adulte (Zadra & Donderi, 2000). Bien qu'environ 1 enfant sur 5 ferait l'expérience de cauchemars récurrents sur une base hebdomadaire, les enfants d'âge préscolaire ainsi que les personnes âgées seraient moins touchés par les cauchemars de façon générale (Salvio, Wood, Schwartz, et al., 1992; Agargun et al., 2004; Simard, Nielsen, Tremblay et al., 2007; Schredl et al., 2008). On indique qu'entre 2 et 6 % de la population générale adulte souffriraient de cauchemars récurrents et ces proportions seraient relativement stables peu importe la culture chez les pays développés (Levin & Nielsen, 2007). Également, il y aurait davantage de femmes que d'hommes qui feraient l'expérience de cauchemars en raison, d'une part, qu'elles feraient davantage l'expérience de cauchemars posttraumatiques que les hommes et, d'autre part, qu'elles sont plus assujetties à souffrir de symptômes anxiodépressifs de forte intensité que ces derniers (Nolen-Hoeksema, 1990 ; Ohayon, Morselli, & Guilleminault, 1997 ; Nielsen, Laberge, Tremblay et al., 2000). Les taux de prévalence des cauchemars sont encore plus élevés dans les populations psychiatriques (troubles anxieux, névrotisme, troubles de l'humeur, schizophrénie, clientèle à haut risque suicidaire et parasuicidaire, problèmes de santé physique, troubles dissociatifs, troubles du sommeil et l'ÉSPT) (Levin & Nielsen, 2007). On retrouve de 50-70% de cauchemars chroniques chez les individus souffrant d'un ÉSPT (Kilpatrick et al., 1998). En ce sens, de nombreuses études affirment que le cauchemar est réactif et survient plus fréquemment lors des périodes de stress intense (Hartmann, Russ, Oldfield, Sivan, & Cooper, 1987 ; Dunn & Barrett, 1988; Barrett, 1996).

Par ailleurs, en plus de faire partie des symptômes les plus fréquemment rapportés chez les victimes ayant subi un traumatisme, les cauchemars chroniques peuvent perdurer pendant des années, voire des décennies à la suite de l'exposition à l'événement traumatique (Ohayon & Shapiro, 2000 ; Gutner, Casement, Gilbert et al., 2013). Certains cliniciens rapportent même que le cauchemar récurrent est un signal d'alerte qui indiquerait potentiellement un antécédent d'abus physique ou sexuel (Halliday, 1987). Ainsi, un individu ayant subi de la violence durant son

enfance/adolescence serait plus susceptible de continuer à souffrir de cauchemars et de perturbations de sommeil à l'âge adulte et ce, même si les symptômes dépressifs ou posttraumatiques ont disparu (Noll, Trickett, Susman, & Putnam, 2006). La fréquence des perturbations oniriques chez la VAS peut varier en fonction de la sévérité, de la durée du traumatisme ainsi que du degré de danger perçu (Duval, McDuff, & Zadra, 2013). Il y aurait une corrélation modérée entre la fréquence des cauchemars et la détresse psychologique présente à l'éveil. La détresse est caractérisée, entre autres, par des réactions anxiogènes et des préoccupations importantes chez le rêveur découlant du contenu manifeste de son cauchemar (Levin & Nielsen, 2007). Selon ces mêmes auteurs, c'est le degré de détresse du rêveur qui prédit le mieux la psychopathologie d'éveil (e.g. épisode dépressif majeur, ÉSPT, etc.). Ce constat a été confirmé par l'étude de Duval, McDuff et Zadra (2013) auprès de femmes victimes, par le passé, d'abus et de négligence diverses. Malgré le fait que la détresse psychologique associée aux cauchemars soit reliée à des éléments de psychopathologie durant la vie éveillée ainsi qu'à des antécédents de maltraitance et de négligence chez la victime, celle-ci ne représenterait qu'une seule partie de la variabilité pouvant prédire et expliquer la fréquence des cauchemars.

En ce sens, Levin et Nielsen (2007) postulent que la détresse associée aux cauchemars pourrait, d'une part, refléter une prédisposition au plan de la personnalité du rêveur à être plus sensible et à réagir plus intensément aux stimuli/ affects négatifs (névrotisme) et, d'autre part, ce trait de personnalité pourrait être éventuellement un facteur médiateur entre la fréquence des cauchemars et la psychopathologie d'éveil. Hartmann, Rosen & Rand (1989, 1998) quant à eux, apportent l'idée que certaines personnes auraient une personnalité avec des frontières psychiques soient «fluides» ou soient «étanches». Ces frontières psychiques seraient présentes autant durant la vie éveillée que durant le sommeil. Les frontières de personnalité décrites comme étant fluides feraient référence à des personnes plus susceptibles de faire l'expérience de cauchemars en raison de leur plus grande sensibilité, ouverture, vulnérabilité, confiance. Autrement dit, ce type de personnes seraient plus à risque de souffrir de cauchemars en raison de frontières mentales perméables laissant entrer toutes formes de relations entre les pensées, désirs, pulsions, émotions et ce, peu importe que la valence de ces concepts soit positive ou négative, ou que leur origine intrusive soit interne ou externe à l'individu. La personnalité fluide serait ainsi plus encline à un meilleur rappel de ses rêves (Hartmann, 1989). À l'opposé, les frontières de personnalité qualifiées comme étant étanches se rapporteraient à des personnes plus «solides» et qui seraient moins assujetties à faire l'expérience de cauchemars en raison de frontières mentales plus épaisses, plus compartimentées et qui seraient davantage délimitées les unes des autres.

Selon plusieurs théories contemporaines (Cartwright, Luten, Young, Mercer, & Bears, 1998 ; Hartmann, Rosen, & Rand, 1998 ; Levin & Nielsen, 2007), le rêve aurait une fonction significative et adaptative pour la personne au plan de régulation émotionnelle. Par ailleurs, plusieurs considérations empiriques indiquent que le sommeil paradoxal (stade durant lequel la plupart des rêves vivants surviennent) jouerait un rôle important dans le traitement émotionnel et au plan des processus traitant l'encodage, le transfert, le maintien, la consolidation et la récupération mnésique de l'information contextuelle à connotation cognitivo-affective (Diekelmann, Wilhelm, & Born, 2009 ; Walker & Van der Helm, 2009). L'expérience de rêves dysphoriques ou perturbateurs (cauchemars) chez les victimes posttraumatiques seraient une défaillance du rôle d'adaptation¹² émotionnelle vis-à-vis des événements traumatiques qui sont accompagnés d'une saillance émotionnelle considérable (Payne, Stickgold, Swanberg, & Kensinger, 2008). Par conséquent, tant et aussi longtemps que le sommeil paradoxal n'aurait pas réussi à accomplir sa fonction d'adaptation émotionnelle comme prévu, le cauchemar continuerait d'émerger et se chroniciserait sur le moyen-long terme. De plus, le caractère répétitif et pathologique du cauchemar exposerait la victime non seulement aux détails traumatiques du passé de façon répétée, mais la sensibiliserait par le fait même aux détails contextuels entourant l'agression qui lui échappaient à la conscience jusqu'ici. Concrètement, dans l'étude de Cuddy et Belicki (1992), le contenu manifeste des rêves surreprésente des thèmes liés à des agressions physiques ainsi qu'à des activités sexuelles négatives chez une population de VAS comparativement au groupe témoin.

Récemment, Nielsen et Levin (2007) ont élaboré un modèle neurocognitif de la production du rêve dysphorique intitulé le réseau de dysfonctionnement affectif qui est le fruit d'un travail d'intégration de plusieurs autres modèles théoriques dans le domaine (modèles psychodynamiques, modèles de personnalité, modèles neurobiologiques). En plus d'être un modèle étiologique et fonctionnel du cauchemar, le modèle neurocognitif fait référence à un large éventail de types de rêves perturbateurs incluant le mauvais rêve, le cauchemar idiopathique et le cauchemar posttraumatique (le dernier type occasionne un plus haut degré de détresse ; Germain & Nielsen, 2003). Le cœur de ce modèle repose sur la régulation émotionnelle comme principale fonctionnalité du rêve (Cartwright, Luten, Young, Mercer, & Bears, 1998 ; Hartmann, Rosen, & Rand, 1998 ; Kramer, 2013). La régulation émotionnelle se ferait essentiellement à partir d'un processus d'extinction des émotions négatives reliées à des souvenirs (des structures de peur) et celui-ci découle des principes d'apprentissage et d'extinction du conditionnement classique. Ce modèle

¹² Veuillez prendre note ici que les termes « adaptation émotionnelle » et « régulation émotionnelle » sont interchangeables d'une étude à l'autre.

repose sur l'hypothèse populaire d'activation-synthèse de Hobson & McCarley (1977) stipulant que la production du rêve se fabrique physiologiquement par l'activation neuronale présente lors du sommeil. Le cerveau tente d'attribuer une signification à cette activation en produisant une synthèse d'images symboliques qui raconte une histoire, communément appelée le rêve.

Dans le cauchemar posttraumatique, il y aurait un dysfonctionnement au cerveau de sorte que l'amygdale serait suractivée (impliquant des mémoires traumatiques conditionnées) et où le cortex préfrontal médian ne pourrait pas exercer sa fonction inhibitrice (extinction des structures de peur) comme il le devrait (Germain, Buysse, & Nofzinger, 2008). De surcroît, le modèle neurocognitif postule qu'il y aurait deux prédispositions individuelles entrant en ligne de compte dans la formation de rêves perturbateurs/dysphoriques (cauchemars). En premier lieu, il y a la «charge affective» se traduisant par l'état émotionnel déclenché par des stressors de la vie quotidienne chez la personne. En second lieu, il y a la «détresse affective» occasionnée par la propension d'une personne à réagir fortement aux événements de la vie. Ainsi, le modèle différencie un mauvais rêve, faisant référence à un contenu anxiogène d'intensité moindre qui ne provoque pas nécessairement un réveil, d'un cauchemar, défini par une charge affective négative à un plus haut degré causant un réveil. Le réveil durant le cauchemar interromprait la fonction d'exposition du rêve et, par conséquent, entraverait le travail de régulation émotionnelle alors que ce ne serait pas le cas dans un mauvais rêve où la charge affective se verrait régulée adéquatement par le rêveur de sorte que le sommeil ne s'en trouverait pas perturbé. À ce sujet, le modèle cognitivo-comportemental proposé par Krakow et ses collaborateurs (2001) met à l'avant-plan que les cauchemars entraînent des comportements d'évitement. Le cauchemar, étant un stimulus conditionné par un affect négatif intense (e.g. peur), engendre une réponse conditionnée de vouloir éviter de s'endormir (se rendormir) autant que possible. Les réveils sont perçus comme étant l'unique façon d'échapper au cauchemar et viennent renforcer le sentiment/la croyance d'être en sécurité chez le dormeur, ce qui donne lieu ultimement à de mauvaises stratégies de coping (e.g. l'apparition d'une mauvaise hygiène de sommeil comme regarder la télévision, lire, prendre du café, etc.). Enfin, les réveils conditionnés pendant la nuit nuisent à la consolidation du sommeil et, plus spécifiquement, à celle du sommeil paradoxal augmentant ainsi la probabilité que le dormeur se souvienne du contenu cauchemardesque. Les affects négatifs invoqués par le cauchemar contribuent à maintenir la VAS dans un cercle maladaptatif qui se perpétue.

En somme, le cauchemar serait à la fois un échec d'une fonction adaptative du rêve ainsi qu'un échec à protéger le sommeil en engendrant des comportements maladaptés chez le dormeur. Cela viendrait ainsi appuyée la théorie freudienne postulant que le cauchemar serait un échec de la

satisfaction d'un désir pulsionnel (e.g. dominer son agresseur) ainsi que du rôle de gardien du sommeil (Freud & Strachey, 2010). Cette défaillance du cauchemar face à une fonction adaptative sur le plan de l'affectivité de la personne se retrouve dans plusieurs autres modèles antérieurs concernant la production du cauchemar (Greenberg, Pearlman, & Gampel, 1972 ; Kramer, 1991 ; Cartwright, 2011).

1.4.1.2. Perturbations de sommeil

Outre les cauchemars qui provoquent habituellement un réveil et une détresse chez l'individu, il existe beaucoup d'autres perturbations de sommeil chez la VAS. Une récente recension systématique réalisée par Steine, Harvey, Krystal, Milde, Grønli, Bjorvatn et collaborateurs (2012) indique que depuis les années 2000, un bon nombre d'études se sont intéressées aux liens entre les perturbations de sommeil et la victimisation sexuelle. Ces difficultés de sommeil seraient présentes chez les VAS dans une étendue de variance de 20 à 100 %. Par ailleurs, il y aurait vraisemblablement plus de femmes qui font l'expérience de perturbations de sommeil (quoique Steine et ses collaborateurs (2012) préfèrent rester prudents dans cette conclusion étant donné que la majorité des études de VAS sont composées de femmes). Également, plus le degré de violence sexuelle est élevé (e.g. viol, abus sexuel de niveaux 2 et 3), plus les perturbations de sommeil sont fréquentes et engendrent un plus haut niveau de détresse émotionnelle chez les VAS. Parmi les perturbations de sommeil les plus fréquemment rapportées chez les VAS, il y a la paralysie du sommeil, les réveils au milieu de la nuit, le sommeil agité et la fatigue diurne. Il semble y avoir une incohérence dans les résultats obtenus entre les études primaires pour les perturbations du sommeil suivantes : difficultés à initier le sommeil, la fréquence des cauchemars et l'efficacité de sommeil. Les réveils matinaux précoces, quant à eux, ne diffèrent pas entre les VAS et les sujets sans antécédents d'abus sexuel. Cela dit, la constellation des difficultés de sommeil sont présentes chez la VAS et sont non-négligeables malgré certaines lacunes méthodologiques soulignées au sein des études en ce qui concerne, entre autres, leurs instruments de mesure. Tel que mentionné précédemment, les perturbations de sommeil (incluant les cauchemars) constitueraient des facteurs aggravants du portrait clinique des VAS durant leur vie éveillée. Des études sur les perturbations de sommeil ont démontré que celles-ci peuvent occasionner, entre autres, une baisse du fonctionnement diurne au travail où la concentration et la performance de l'individu seraient gravement touchées ainsi qu'une augmentation de la consommation d'alcool comme automédication des difficultés de sommeil (Ancoli-Israel & Roth, 1999). Également, étant dû à un dysfonctionnement au plan des fonctions cognitives (dont la vigilance et l'attention), les perturbations de sommeil augmentent le risque de faire des accidents

de la route. En somme, les effets de la privation de sommeil occasionnent des déficits neurocognitifs (Drummond, Paulus, & Tapert, 2006), une instabilité au plan de l'humeur ainsi que de la régulation émotionnelle et amènent diverses conséquences au plan de la santé physique (e.g. affaiblissement du système immunitaire, céphalées, nausées, etc.) et mentale (Kyle, Morgan, & Espie, 2010). Cela dit, Steine et coll. (2012) rapportent que la spécificité des symptômes des perturbations de sommeil en lien avec le traumatisme sexuel demeure actuellement inconnue étant donné qu'aucune étude n'aurait comparé encore les VAS avec d'autres groupes de traumatismes. Enfin, bien que moins étudié que les symptômes d'insomnie, il est aussi répertorié dans la littérature sur ce sujet que les VAS sont plus assujetties de souffrir de troubles respiratoires en sommeil (e.g. apnée du sommeil; Krakow et al., 2001) et de troubles reliés aux mouvements en sommeil (ex. syndrome des jambes sans repos). Le mécanisme exact liant l'ÉSPT et ces autres troubles du sommeil n'est toutefois pas entièrement compris encore aujourd'hui. Une interaction complexe entre la fragmentation du sommeil et les voies neuroendocrines est suggérée (Jaoude, Vermont, Porhomayon, & El-Solh, 2015). Néanmoins, les troubles respiratoires et ceux reliés au mouvement en sommeil sont importants à considérer lors de l'évaluation initiale des difficultés de sommeil rapportées par l'individu étant donné qu'ils peuvent donner l'apparence de l'insomnie (Krakow et al., 2000).

Un premier modèle théorique de l'insomnie est celui proposé par Hauri & Fisher (1985) stipulant que les événements stressants mèneraient à des perturbations de sommeil durables dans le temps. Selon leur perspective de l'apprentissage classique, un événement stressant (facteur déclencheur) pourrait causer de l'insomnie qui, elle, engendrerait par la suite des associations négatives vis-à-vis la chambre à coucher ainsi que de la frustration, voire même de l'hypervigilance. Ces derniers aspects maintiendraient l'individu dans ses difficultés importantes de sommeil et ce, même après que le stresser d'origine soit disparu. Dans un même ordre d'idées, un modèle similaire à ce dernier a été développé afin d'expliquer la nature des liens unissant les perturbations de sommeil à l'abus sexuel (Noll, Trickett, Susman, & Putman, 2006). Dans ce modèle, on stipule que le sommeil surviendrait uniquement dans un contexte spatio-temporel où l'individu se sentirait en sécurité alors que tout sentiment de menace et de stress inhiberait le sommeil. Étant donné que l'abus sexuel surviendrait souvent au même endroit et durant la même période que celles qui sont normalement associés au sommeil (la chambre à coucher), le besoin fondamental de sécurité qui est nécessaire au bon fonctionnement du sommeil se verrait alors menacé chez beaucoup de VAS. Par conséquent, la chambre à coucher et la période du sommeil deviennent associées (par conditionnement classique) au sentiment de danger inhérent à l'expérience traumatique qu'est l'agression sexuelle. Une fois de plus, ce serait ces associations

négatives (entre le sommeil et le degré de danger perçu) qui maintiendraient les perturbations de sommeil chez la VAS et ce, même si l'abus sexuel n'est plus présent. Le modèle neurocognitif de l'insomnie de Perlis (1997) (bien qu'il soit destiné à la base à une population de gens souffrant d'insomnie primaire), amène une compréhension significative expliquant l'origine et la contribution des perturbations de sommeil. Ce modèle suggère que les personnes souffrant de perturbations de sommeil chroniques développeraient une activation corticale conditionnée. Cette activité du cerveau résulterait d'un surtraitement de l'information (e.g. hypervigilance, pensées intrusives, ruminations, anticipations, distorsions cognitives) pouvant venir interférer avec l'initiation et le maintien du sommeil. Finalement, le modèle psychobiologique d'Espie (2002) stipule que l'activation corticale élevée ne peut expliquer à elle seule la perdurance des difficultés de sommeil chez l'individu. Il y aurait en cause une habileté déficitaire à inhiber adéquatement cette activation corticale afin d'accéder aux processus normaux d'initiation et de maintien du sommeil. Or, il serait plausible de croire qu'il existe un lien entre ces précédents modèles des perturbations de sommeil et la pathophysiologie derrière l'ÉSTP chez la VAS qui occasionnent une hypervigilance omniprésente autant durant la vie éveillée que durant le sommeil. La combinaison de l'hypervigilance en lien avec les difficultés de sommeil et celle issue de l'ÉSTP viendrait entraver le bon fonctionnement des fonctions exécutives au cerveau dont, entre autres, les capacités inhibitoires de la victime (Van der Kolk, 2003).

De plus, l'ICSD-III (AASM, 2014) indique que les perturbations de sommeil non traitées nuisent de façon importante au rétablissement de la pathologie notée au premier plan. Le traitement ciblé de l'insomnie améliorerait à la fois les perturbations de sommeil et la condition comorbide (qu'elle soit primaire ou non). Plusieurs chercheurs rapportent même qu'en raison de leur rôle central ("*Hallmark of PTSD*"), les symptômes posttraumatiques nocturnes devraient être considérés comme des diagnostics primaires requérant une intervention spécifique plutôt que d'être adressés comme des symptômes secondaires (Krakow, Haynes, Warner, & Melendrez, 2007 ; Spoormaker & Montgomery, 2008). Il appert donc de développer des traitements efficaces dans le but de diminuer ces troubles du sommeil venant exacerber les difficultés déjà présentes durant la vie éveillée de la VAS. Enfin, s'attarder à des traitements qui s'adressent spécifiquement aux troubles du sommeil permettraient d'offrir une chance à la VAS de se rétablir graduellement de son expérience traumatique en améliorant à la fois sa qualité de vie générale et son fonctionnement adaptatif dans ses diverses sphères de sa vie, notamment en lui offrant un moment de répit la nuit (via un sommeil récupérateur).

1.3.2. Traitements employés

Actuellement, il existe une quantité impressionnante de traitements ayant démontrés leur efficacité relative et qui sont offerts aux VAS afin de les aider à composer avec les conséquences diurnes de l'événement traumatique sexuel : thérapies cognitives comportementales axées sur le trauma incluant des composantes d'exposition et de désensibilisation systématique graduelle, thérapie centrée sur les émotions, thérapie basée sur le modèle féministe, thérapies psychodynamiques, groupe de soutien, désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires, prise de certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) telles que la paroxétine et la sertraline, prise d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline (ISRN) telle que la valénofaxine, prise de certains antipsychotiques atypiques (rispéridone et olanzapine) comme complément à d'autres molécules, etc. (Cyr & Payer, 2011 ; Institute of Medicine, 2012 ; Watts et al., 2013). Toutefois, très peu de ces traitements ont su démontrer clairement leur efficacité sur les symptômes nocturnes, entre autres, car les cauchemars et perturbations du sommeil n'ont pas été une cible thérapeutique qui a fait l'objet d'une investigation approfondie (le focus étant surtout mis sur les symptômes diurnes) (Nappi, Drummond, & Hall, 2012). De plus, la présence de petits échantillons cliniques, le manque d'utilisation de mesures validées et standardisées du sommeil ainsi que les lacunes importantes au plan du contrôle méthodologique sont toutes des limites soulevées dans les études usuelles pour traiter l'ÉSPT (Brownlow, Harb, & Ross, 2015). Cette section a donc pour but de décrire brièvement les traitements répertoriés comme étant les plus répandus et efficaces qui visent plus spécifiquement les cauchemars et les perturbations de sommeil chez les VAS. En effet, il a été démontré que le traitement de tels troubles permettrait de prévenir l'apparition de psychopathologies subséquentes (Ohayon & Shapiro, 2000). Les caractéristiques de ces traitements, basées sur des données probantes, sont recensées et font l'objet d'une description et d'une analyse exhaustive dans les sections subséquentes de ce travail.

1.4.2.1. Traitements pharmacologiques

Selon le «*Guide des meilleures pratiques en matière de traitements des cauchemars*» (et des perturbations de sommeil en découlant), Aurora et collaborateurs (2010) indiquent que la concentration anormalement haute de la noradrénaline (NA) dans le système nerveux central (SNC) ainsi que la forte réactivité de ses récepteurs jouent un rôle important dans la physiopathologie associée aux cauchemars posttraumatiques. Celle-ci reflèterait une activité corticale élevée, une attention sélective biaisée envers des stimuli associés à un danger perçu ainsi qu'une hypervigilance (état d'alerte) que l'on retrouve fréquemment chez les victimes (Aurora et al., 2010 ; De Berardis et al., 2015). Ces manifestations d'agitation du SNC viennent perturber

grandement les processus normaux du sommeil en venant nuire à la période d'endormissement ainsi qu'au maintien du sommeil (et ultimement, à la consolidation du sommeil). Notamment, le surplus de NA provoquerait la fragmentation du sommeil paradoxal (SP) et altérerait ainsi les processus d'extinction des «structures de peur», qui elles s'activent à travers le contenu cauchemardesque (Ahmadpanah et al., 2014). La fragmentation du SP occasionne des réveils pendant la nuit et, par conséquent, soutient le postulat d'échec de la fonction adaptative de régulation émotionnelle du cauchemar (i.e. l'échec de l'extinction des structures de peur). Les niveaux de NA dans le liquide céphalo-rachidien et l'urine sont ainsi élevés chez les patients atteints de l'ÉSPT (Geraciotti et al., 2001). La concentration de NA au cerveau corrèlerait avec la gravité des symptômes de l'ÉSPT et des perturbations du sommeil paradoxal (Feldman & Weidenfeld, 1996 ; Geraciotti et al., 2001 ; Aurora et al., 2010).

Malgré le fait qu'ils semblent inefficaces pour réduire les symptômes nocturnes, la plupart des psychotropes prescrits aux VAS souffrant de perturbations de sommeil et de rêves perturbateurs font partie de la catégorie des antidépresseurs (surtout les tricycliques et les ISRS) ou celle des anxiolytiques/hypnotiques/sédatifs (Berger et al., 2009 ; Aurora et al., 2010). Cela dit, actuellement la prazosine, une molécule de type antihypertenseur, semble être la seule qui s'avère particulièrement efficace pour diminuer la fréquence et la sévérité des cauchemars dans le cadre d'un ÉSPT, les perturbations de sommeil (d'initiation et de maintien) de même que la symptomatologie posttraumatique en général avec une titration quotidienne variant entre 1 et 16 mg (Raskind et al., 2003; 2007; 2013; Aurora et al., 2010; Kung et al., 2012; Augehal et al., 2013; De Berardis et al., 2015; George et al., 2016). La prazosine permettrait surtout de remédier aux manifestations résiduelles et réfractaires des traitements usuels de l'ÉSPT que sont les symptômes nocturnes (Green, 2014). Elle possède un bon appui empirique concernant son efficacité dans plusieurs études randomisées contrôlées comportant presque exclusivement des échantillons de vétérans militaires (Raskind et al., 2003 ; 2007 ; 2013 ; Thompson et al., 2008 ; Germain et al., 2012). Toutefois, il existe moins de démonstrations empiriques en ce qui concerne les échantillons civils ayant un ÉSPT à l'heure actuelle, particulièrement en ce qui concerne le trauma sexuel (Taylor & Raskind, 2002 ; Taylor et al., 2008 ; Ahmadpanah et al., 2014). On indique que la somme des échantillons des essais randomisés contrôlés réalisés sur la prazosine comporte uniquement 23% de femmes, ce qui représente la tendance inversée de ce que l'on retrouve normalement dans des échantillons composés de VAS (George et al., 2016). La prazosine est un traitement sympatholytique appartenant à la classe des alpha-bloquants ayant pour principal rôle de baisser la pression artérielle grâce à la décontraction des vaisseaux sanguins. Son mécanisme d'action est antagoniste aux récepteurs alpha-1 se trouvant sur les muscles lisses vasculaires. Ces récepteurs

sont responsables de l'action vasoconstrictive de la NA, occasionnant ainsi l'élévation de la pression artérielle. En bloquant ces récepteurs, la prazosine abaisse la concentration de NA et diminue, par conséquent, la pression artérielle (Food and Drug Administration [FDA], 2016). On retrouve des récepteurs alpha-1 dans tout le SNC, mais en plus grand nombre dans le locus coeruleus et dans le cortex préfrontal. Ces structures font partie des réseaux impliqués dans les réponses associées à la peur et à l'anxiété (De Berardis et al., 2015).

Par ailleurs, le zolpidem et l'eszopiclone, tous deux faisant partie de la classe des sédatifs-hypnotiques, ont démontré des effets bénéfiques dans le traitement de l'insomnie reliée à un ÉSPT. Ces effets positifs dans la réduction des perturbations du sommeil se maintiendraient au-delà d'un an (Dieperink & Drogemuller, 1999 ; Pollack et al., 2011). La molécule de trazodone, un inhibiteur antagoniste de la recapture de la sérotonine (IARS), aiderait aussi les victimes d'un trauma à diminuer leur latence d'endormissement grâce à sa sensibilité sédatrice présente dès les premiers jours d'administration (Warner, Dorn, & Peabody, 2001).

Enfin, les agents médicamenteux qui ont des mécanismes d'action similaires à la prazosine, réduisant l'activité noradrénergique (e.g. clonidine), pourraient être efficaces pour traiter certaines manifestations de l'ÉSPT comme les symptômes d'activation neurovégétative (hypervigilance, alerte, réactions de sursaut pouvant être reflétés durant les cauchemars). De surcroît, très peu de sujets traités avec cette molécule ont présenté des effets secondaires indésirables outre, dans une minorité de cas, des étourdissements et une légère diminution de la pression artérielle (Nadorff, Lambdin, & Germain, 2014 ; George et al., 2016). Bien que la prazosine ait démontrée son efficacité en réduisant significativement la fréquence et la détresse des cauchemars ainsi que les perturbations de sommeil chez les militaires / vétérans à de nombreuses reprises, qu'en est-il spécifiquement chez les VAS ? Quelles sont les autres molécules pharmacologiques ayant démontré une certaine efficacité dans le traitement des difficultés nocturnes chez les VAS ?

1.4.2.2. Traitements psychologiques

Le traitement actuel le plus recommandé en matière de résolution des cauchemars récurrents est la thérapie de révision et de répétition par l'imagerie mentale (RRIM) (*Imagery Rehearsal Therapy – IRT*). C'est essentiellement une intervention thérapeutique axée sur la modification consciente d'images oniriques afin d'en diluer la forte teneur en émotions adverses de même que l'apparition des éveils pendant la nuit, caractéristiques principales du cauchemar. Elle a surtout été étudiée chez les populations cliniques souffrant de cauchemars posttraumatiques (Aurora et al., 2010). Concrètement, la RRIM implique que le survivant de l'événement traumatique (dans le cas présent la VAS) rappelle le début du scénario du cauchemar dans des termes explicites, vivides afin de

graduellement réécrire (réinventer) la partie du scénario cauchemardesque à forte connotation affective négative dans un contenu perçu comme étant moins menaçant pour lui (elle). Ensuite, il est demandé au patient de répéter (oralement, en lisant et en s'imaginant) à quelques reprises le nouveau scénario avec une fin triomphante (entre 5 à 20 minutes par répétition) durant le jour ainsi qu'à l'heure du coucher. La procédure de la RRIM est décrite dans un traitement manualisé impliquant habituellement des sections sur l'hygiène de sommeil, les techniques de relaxation, la recomposition du contenu du cauchemar de manière à ce qu'il soit moins dérangeant pour la victime et la répétition du nouveau scénario du cauchemar à travers le temps (Moore & Krakow, 2010). Parmi les effets visés par la RRIM, on retrouve la réduction de la fréquence et de la sévérité des cauchemars qui est la principale cible thérapeutique visée par ce traitement. À cela, s'ajoute la diminution des symptômes posttraumatiques diurnes pour les individus souffrant d'un tel trouble (ÉSPT) et l'amélioration générale de la qualité de sommeil. La RRIM favorise également l'acquisition d'un sentiment d'auto-efficacité personnelle chez la victime en apportant une compréhension psychologique de ses problèmes et en mettant l'accent sur une reprise de contrôle et de pouvoir sur les facteurs de stress qui la maintiennent dans des sentiments d'insécurité et de peur (perception subjective que le monde est menaçant). Cela dit, même s'il s'agit d'un traitement de plus en plus étudié depuis les années 1990, beaucoup de mécanismes d'action thérapeutiques semblent encore peu connus de nos jours (Moore & Krakow, 2010). Un mécanisme plausible de la réduction de symptômes associés aux cauchemars et aux perturbations de sommeil est que la RRIM impliquerait une modification importante des facteurs cognitifs impliqués derrière la symptomatologie de l'ÉSPT. Un exemple de ces facteurs cognitifs serait le niveau de contrôle perçu par la victime sur l'expérience vécue en rêve/cauchemar. Il est plausible de croire que la RRIM contribuerait à rétablir un sentiment d'*empowerment* chez les victimes par rapport aux rêves perturbateurs qui leur occasionnent une détresse importante accompagnée de perturbations de sommeil (e.g. éveils pendant la nuit et sentiment d'horreur, appréhensions au moment de l'endormissement). D'un côté, certains chercheurs indiquent que la RRIM se concentre sur l'activation des souvenirs traumatiques («structures de peur») afin que les aspects désagréables et pénibles d'un cauchemar puissent être identifiés, modifiés et traités à travers le temps (Grunnert, Smucker, Weis, & Rusch, 2003), alors que d'autres mentionnent que ce n'est pas une composante nécessaire au succès thérapeutique (Krakow et al., 2001). Ainsi, en raison de la grande diversité des protocoles dérivés de la RRIM (et de d'autres traitements apparentés) qui comportent pourtant des composantes similaires, une récente recension des écrits effectuée par Rousseau et Belleville (2017) se sont intéressés aux mécanismes d'action thérapeutique impliqués derrière les divers protocoles de traitements des cauchemars en vue de mieux comprendre comment ils fonctionnent.

Il en ressort que les mécanismes d'action thérapeutiques les plus fréquents concernant ce type de traitements psychologiques seraient : le sentiment accru de maîtrise sur le contenu de leurs cauchemars, le traitement émotionnel (des structures de peur) ainsi que la modification des croyances erronées chez l'individu. D'autres mécanismes d'action pouvant témoigner de l'efficacité thérapeutique des traitements des cauchemars seraient moins souvent rapportés dans les études, mais tout de même présents tels que la restauration de la fonction du sommeil, la diminution de l'hyperactivité neurophysiologique (*decreased arousal*) et la prévention des comportements d'évitement (i.e. via l'utilisation de meilleures stratégies de coping pour ne pas éviter de dormir/se rendormir par peur de faire un cauchemar par exemple). Rousseau et Belleville (2017) postulent que ces mécanismes pourraient être interreliés étant donné que la plupart de ces six mécanismes sont souvent difficilement dissociables les uns des autres dans les études. Enfin, la RRIM s'offre autant en modalité individuelle qu'en modalité de groupe et, de par sa nature essentiellement cognitive-comportementale, sa durée est à court terme, soit habituellement entre une et huit semaines (Belleville & Dubé-Frenette, 2015).

D'autres traitements psychologiques ont démontré un effet considérable et positif sur la réduction des perturbations du sommeil comme le sont : la thérapie cognitive-comportementale pour l'insomnie (*Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia- CBT-I*; Morin, 2006); la thérapie cognitive (*Cognitive Processing Therapy- CPT*; Resick, Chard & Monson, 2007); la thérapie par exposition, relaxation et retranscription (*Exposition, Relaxation, Retranscription Therapy*; ERRT; Davis et al., 2005; 2006; 2007; 2011; Pruiksma, 2011) et l'exposition prolongée au trauma (*Prolonged Exposure- PE*; Rothbaum & Mellman, 2001). Également, quelques autres traitements psychologiques auraient démontré un effet indirect positif sur le sommeil, mais de moins grande magnitude thérapeutique. Par exemple, les thérapies cognitives-comportementales axées sur le trauma (*Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy- TF-CBT* ; Foa & Rothbaum, 2001) et la désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing- EMDR* ; Raboni, Tufik & Suchecki, 2006) ont démontré des effets substantiels sur le sommeil, mais à court terme. Quoiqu'il en soit, ces études de traitement nécessitent d'être répliquées avant de pouvoir statuer sur leur efficacité concernant les symptômes posttraumatiques nocturnes (Aurora et al., 2010 ; Brownlow, Harb, & Ross, 2015). Récemment, une première étude randomisée contrôlée a démontré qu'en huit semaines de thérapie individuelle de CBT-I, les patients souffrant d'un ÉSPT ont eu une amélioration supérieure comparativement au groupe contrôle sur toutes leurs mesures de sommeil subjectives (Pittsburg Sleep Quality Index-PSQI, agenda du sommeil) et sur le temps total de sommeil objectif (TTSO) mesuré à l'aide de la

polysomnographie (PSG). Ces effets thérapeutiques se sont maintenus dans le temps six mois après avoir terminé la thérapie (Talbot et al., 2014).

En définitive, le support empirique à jour apporté à ces traitements (ainsi qu'à d'autres interventions thérapeutiques) fera l'objet d'une analyse exhaustive, d'interprétations et de conclusions circonspectes dans ce projet de recherche en termes d'efficacité concernant la réduction de symptômes nocturnes et d'amélioration de la qualité de vie générale des VAS.

2. MÉTHODOLOGIE¹³

Ce mémoire doctoral prend la forme d'une recension systématique des données empiriques qui s'est inspirée des lignes directrices de la Cochrane Collaboration. Une recension systématique suivant les lignes directrices de la Cochrane (voir Figure 4) est une recherche détaillée, exhaustive et rigoureuse de toutes les études publiées et non publiées sur un sujet donné. Elle comprend une évaluation critique des études primaires et secondaires retenues ainsi qu'une description détaillée et explicite de sa sélection d'articles afin de la rendre reproductible. La recension systématique de type Cochrane (à la base d'une méta-analyse) est considérée comme la démarche par excellence (le *Gold Standard*) aux yeux de la communauté scientifique internationale et elle est adressée autant aux chercheurs et aux étudiants universitaires pour une consommation utile, rapide et efficace d'un pan précis de la recherche de même qu'aux cliniciens-praticiens afin de baser leur pratique sur des données probantes (formulation de cas et plan de traitement individualisé). Enfin, elle est aussi pratique aux yeux des gestionnaires d'organismes subventionnaires (ou aux décideurs de politiques gouvernementales) afin de leur offrir des lignes directrices et des repères pour les guider à savoir où se trouve la pertinence d'injecter des fonds financiers au sein de la recherche. La démarche Cochrane comprend une méthode standardisée accompagnée de critères et de standards très précis. Pour en savoir davantage au sujet de la recension systématique (méta-analyse) de type Cochrane ou encore pour différencier une revue narrative d'une revue systématique, il est recommandé de consulter le site Internet officiel suivant : <http://handbook.cochrane.org/> (Higgins et Green, 2011).

2.1. Objectif général et objectifs spécifiques

Dans une perspective plus large, le but du présent projet de recherche est de réaliser une synthèse de la littérature scientifique sur l'efficacité des traitements adressés aux perturbations de sommeil et aux cauchemars de façon systématique, rigoureuse et exhaustive afin d'ultimement fournir aux chercheurs, aux cliniciens-praticiens, aux gestionnaires et décideurs ainsi qu'au grand public des données probantes, objectives et représentatives de la réalité clinique des VAS. En effet, jusqu'à ce jour (et plus particulièrement au cours des huit dernières années) de plus en plus de revues de la littérature et méta-analyses ont été effectuées sur le sujet (George et al., 2016; Brownlow et al., 2015; De Berardis et al., 2015; Seda et al., 2015; Nardoff et al., 2014; Augenthal et al., 2013; Hansen et al., 2013; Kung et al., 2012; Nappi et al., 2012; Aurora et al., 2010), mais toutes comportent un bassin d'études issues majoritairement d'une population de militaires et de vétérans. Il s'agit donc

¹³ Inspirée et conceptualisée à partir du cours de troisième cycle en psychologie *PSY-8039 Recension quantitative des écrits scientifiques*.

de la première recension systématique de type Cochrane qui s'est penchée spécifiquement sur la population civile des VAS.

Plus précisément, en premier lieu, il est question de documenter les caractéristiques des VAS (e.g. variables sociodémographiques, fréquence et niveau de sévérité de l'abus sexuel, les liens existants entre l'agresseur/agressé, présence de pathologies comorbides, etc.) de même que leurs difficultés de sommeil (e.g. nature, fréquence, sévérité). En second lieu, il est question de documenter les traitements des cauchemars et des perturbations de sommeil avec ou sans comorbidité médicale et/ou psychiatrique (ÉSPT, troubles dissociatifs, troubles de l'humeur, troubles anxieux, etc.). En troisième et dernier lieu, il sera question de documenter, d'une part, les lacunes et les limites méthodologiques inhérentes aux études de traitements recensées et, d'autre part, de proposer des solutions réalistes et constructives afin d'y pallier de même que des pistes d'ouverture.

2.2. Questions de recherche

Selon Counsell (1997), une question de recherche bien formulée comprend quatre composantes principales formant l'acronyme *PICO* : *P*=Population d'intérêt visée (*qui ou quoi est l'objet d'étude ?*) ; *I*=Interventions exposées (*quelles sont les manipulations expérimentales ?*); *C*=groupe(s) de Comparaison (*comparativement à qui ou à quoi?*) et ; *O*=«Outcomes» (*quelles sont les variables d'intérêts, i.e. les variables dépendantes ?*). Dans le cadre de ce mémoire doctoral, la principale question de recherche formulée est la suivante : *Quels sont les traitements pharmacologiques et psychologiques s'avérant efficaces pour réduire les symptômes nocturnes (cauchemars et perturbations du sommeil) chez les VAS ?* De plus, si les études primaires dans ce domaine (chez les VAS) permettent de comparer deux groupes de traitements actifs, une deuxième question se pose : *Un traitement psychologique est-il plus efficace qu'un traitement pharmacologique ou encore qu'une absence d'intervention afin de diminuer la symptomatologie des cauchemars et des perturbations de sommeil découlant de la victimisation sexuelle ?*

2.3. Hypothèse principale et hypothèses secondaires

Les traitements pharmacologiques actuels pour traiter les symptômes posttraumatiques nocturnes (e.g. la prazosine) ont démontré leur efficacité autant auprès des échantillons civils que militaires, mais il serait relevé un récidivisme de la symptomatologie dès que la molécule est discontinuée (Raskind et al., 2003; Moore & Krakow, 2010). Ainsi, il est souvent rapporté dans la littérature sur le sujet que la pharmacothérapie serait une avenue thérapeutique bel et bien efficace, mais qui fournirait apparemment qu'un soulagement « symptomatique » et ne serait pas un remède réel et

durable des symptômes posttraumatiques nocturnes (Moore & Krakow, 2010; Germain et al., 2012; Nadorff et al., 2014). La pharmacothérapie ne serait pas un remède «réel» et «durable» étant donné qu'elle ne viendrait pas remédier aux difficultés de sommeil à la source (i.e. ne s'attardant pas spécifiquement au contenu du cauchemar) comme le feraient certains traitements psychologiques (e.g. RRIM, ERRT, CBT-I) selon leur conception cognitive-comportementale où, le cauchemar et l'insomnie par exemple, seraient des comportements problématiques appris qui peuvent être modifiés avec les techniques appropriées (Moore & Krakow, 2010).

En ce sens, l'hypothèse principale est qu'un traitement psychologique est plus efficace qu'un traitement pharmacologique ou qu'une absence de traitement afin de diminuer la symptomatologie associée aux cauchemars et aux perturbations de sommeil chez une population de VAS. Ensuite, une première hypothèse secondaire est qu'un traitement psychologique est plus efficace qu'un traitement pharmacologique et que le traitement pharmacologique est plus efficace qu'une absence de traitement concernant la diminution des cauchemars ainsi que des perturbations de sommeil chez les VAS. Une hypothèse secondaire alternative est qu'il n'est pas possible à l'heure actuelle de statuer précisément sur l'efficacité relative entre les diverses formes de traitements disponibles s'adressant aux cauchemars et aux perturbations de sommeil chez les VAS.

2.4. Opérationnalisation des variables d'intérêt

Les deux variables d'intérêts dans le cadre de la présente démarche de recherche sont les cauchemars et les perturbations de sommeil. Celles-ci sont décrites de façon à ce qu'elles soient observables et mesurables. Aux fins du présent projet de recherche, les cauchemars se définissent comme étant tout rêve perturbateur rapporté à forte affectivité négative créant un éveil chez la personne qui en fait l'expérience. Les perturbations de sommeil, quant à elles, font référence à toute forme de difficultés subjectives (autorapportées) et/ou objectives (hétérorapportées) présentes chez la VAS affectant et modifiant l'architecture habituelle de son sommeil (comparativement au fonctionnement du sommeil prémorbide à l'abus sexuel). Ces variables d'intérêt sont toutes les deux définies, analysées et interprétées en termes de fréquence¹⁴, d'intensité¹⁵ ainsi qu'en fonction de leur nature¹⁶.

¹⁴ Se définit comme étant le nombre de fois que le phénomène périodique se reproduit par unité de temps (sur une base quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, annuelle, etc.) chez la VAS.

¹⁵ Se définit par le degré de détresse psychologique ou le degré d'altération du fonctionnement correspondant chez la VAS (autorapporté ou mesuré).

¹⁶ Se définit par le type de rêve dysphorique (mauvais rêve, cauchemar idiopathique, cauchemar posttraumatique de reviviscence, cauchemar posttraumatique symbolique, trouble du cauchemar, etc.) et par le type de difficultés de sommeil (initiales, de maintien, terminales, apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, désordre comportemental en sommeil paradoxal, etc.).

2.5. Critères d'éligibilité

Les critères décisionnels concernant l'éligibilité des études primaires dans cette recension systématique sont larges et peu nombreux en raison du caractère récent des études de traitement destinées aux cauchemars et aux perturbations de sommeil (Gauchat & Zadra, 2010). Une autre raison justifiant le choix des critères d'éligibilité de cette recension systématique et que peu de chercheurs actuellement se sont penchés spécifiquement sur les symptômes posttraumatiques nocturnes dans leurs études de traitement chez les VAS. Les critères d'inclusion (**six**, voir Annexe D) sont toute forme d'étude primaire : **1**) faisant l'objet d'un rapport de recherche (étude de traitement) constituant des résultats quantifiables sur une des deux variables d'intérêt (au minimum); **2**) ayant au moins un sujet (ou groupe) qui fait l'objet d'une intervention psychologique et/ou pharmacologique; **3**) faisant l'objet d'un rapport de recherche portant sur une population composée presque exclusivement de VAS ($\geq 75\%$ de l'échantillon sont des VAS) sans égard à l'âge, au sexe, la nature, la fréquence, la sévérité, la durée de l'AS; **4**) dont le(s) participant(s) a (ont) reçu un diagnostic d'insomnie primaire ou secondaire, ou qui rapporte(nt) souffrir de cauchemars récurrents, ou qui a (ont) eu des problèmes non diagnostiqués à initier et/ou à maintenir le sommeil et/ou à se réveiller à l'heure souhaitée le matin, ou qui fait (font) mention d'une mauvaise qualité du sommeil; **5**) étant publiée entre 1978¹⁷ et 2017; et **6**) étant rédigées dans la langue française ou anglaise. Un critère d'exclusion a également été formulé en regard du type de publications. Les publications prenant la forme d'un chapitre de livre, d'affiche de congrès à laquelle un article a été publié a posteriori ou tout autre rapport de recherche descriptif ne rapportant pas des données quantifiables sur minimalement une des variables d'intérêt se voient exclues. Tout aspect non-conforme aux critères décrits précédemment constitue une non-éligibilité à la présente démarche de recherche.

2.6. Stratégies de sélection et de collection des études primaires

Il existe une panoplie de stratégies de sélection et de collection des études primaires. Chacune d'entre elles apporte, la plupart du temps, son lot d'études additionnelles à intégrer dans la recension systématique. Par ailleurs, on spécifie que ce type de design méthodologique se traduit par une recherche exhaustive de toutes les études publiées et non publiées sur un sujet de recherche en particulier (Higgins et Green, 2011). Cette sélection systématique est détaillée étape par étape (nombre d'articles consultés (identifiés) a priori, nombre d'articles qui ont été filtrés, nombre

¹⁷ 1978 est l'année de départ choisie pour effectuer cette recension systématique étant donné que la première étude randomisée publiée s'intéressant au traitement des symptômes posttraumatiques nocturnes serait vraisemblablement celle de Cellucci & Lawrence (1978).

d'articles exclus, nombre d'articles composant l'échantillon final) et elle est illustrée à l'aide d'un graphique nommé la *Charte de suivi* (Figure 5). Dans ce projet-ci, la sélection d'articles a été réalisée méticuleusement et essentiellement par l'expérimentateur principal de la recension systématique. Une première investigation a été menée à l'hiver 2015 et une seconde a été conduite de nouveau à l'été 2016 sur un intervalle de six semaines, mais cette fois-ci avec la consultation et la collaboration de deux autres étudiants gradués en psychologie de niveau doctoral issus d'un laboratoire d'études sur le sommeil. Enfin, une dernière investigation de vérification a été relancée en septembre 2017 et aucune nouvelle étude s'est montrée éligible pour faire partie de la présente recension systématique.

2.6.1. Utilisation des banques de données électroniques

D'une part, diverses banques de données électroniques ont été consultées afin de trouver les études publiées dans la littérature scientifique. Celles qui ont été sélectionnées sont directement en lien avec les disciplines de la psychologie, de la psychiatrie et de la médecine générale. Parmi celles-ci, on retrouve les plus populaires : *Medline [PubMed]*, *PsycINFO [PsycNET]*, *Embase* ainsi que la librairie officielle de la *Cochrane Collaboration* (qui regroupe les recensions systématiques, les méta-analyses et les essais randomisés contrôlés). Les sélections ont été réalisées à partir d'une équation de recherche qui a été bâtie préférentiellement de façon similaire d'une banque à l'autre afin d'assurer une utilisation la plus standardisée possible¹⁸. L'équation de recherche a été inspirée des éléments PICO qui contribuent, au même titre que les critères d'éligibilité, à cibler les concepts importants à rechercher. Chaque équation de recherche a été formulée en fonction d'un format hybride, où certains concepts-clefs ont été sélectionnés en mode *texte libre* et d'autres en mode *vocabulaire contrôlé* (i.e. à l'aide de moteurs de recherche : *Thesaurus*, *Term Finder*, *Index Terms*, l'utilisation de mots-clefs et des concepts populaires *MeSH*). Le rationnel derrière la création hybride des équations de recherche repose sur la volonté de l'expérimentateur d'obtenir un juste équilibre optimal entre une sélection vaste d'études via le mode *texte libre* (ayant moins de probabilités de faire des omissions, mais avec plus de risques de trouver des faux positifs) et une sélection restreinte d'études via le mode *vocabulaire contrôlé* (ayant plus de probabilités de détecter des vrais positifs, mais avec plus de risques de faire des omissions). La précision des termes employés dans l'équation de recherche est primordiale étant donné qu'elle est la première étape (premier filtre) dans le processus de sélection des études publiées. En ce sens, plusieurs tentatives ont été de mise afin de trouver l'équation la plus représentative de la question de recherche. Voici

¹⁸ La description des banques de données électroniques et les équations de recherches sont fournies en fin de document, voir Annexe E.

les nombres d'études identifiées dans la littérature scientifique parmi chacune des cinq banques de données électroniques suivantes : *Medline [PubMed]* (190 résultats identifiés), *PsycINFO [PsycNET]* (159 résultats identifiés), *Embase* (211 résultats identifiés), *The Cochrane Library* (13 résultats identifiés) et *ProQuest Dissertations and Thesis* (161 résultats identifiés). Le tout totalise un bassin (n) de sept cent trente-quatre documents électroniques identifiés a priori (n=734) (voir Figure 5).

À la suite du retrait des cent trente-quatre (134) *duplicatas* retirés manuellement qui s'entrechevaient entre les diverses banques de données (deuxième filtre = 600 résultats restants), il a été question de procéder au troisième filtre correspondant aux critères d'éligibilité. Pour ce faire, chaque titre et résumé d'étude primaire ont été lus afin de voir s'ils correspondaient aux critères d'éligibilité préétablis. Cinq cent cinquante-quatre (554) résultats ont été filtrés et exclus principalement étant donné qu'en lisant les titres et les résumés, il a été constaté qu'on ne faisait pas mention de rapports de recherches incluant des données de traitement sur les cauchemars et/ou perturbations du sommeil chez les VAS.

Enfin, le quatrième et dernier filtre consistait à lire les textes des études restantes dans leur intégralité (46 résultats filtrés restants) en gardant en tête les critères d'éligibilité. Après une lecture complète des études restantes, vingt-sept (27) études primaires ont été exclues : quatre (4) chapitres de livre, une (1) affiche de congrès à laquelle un article a été publié a posteriori, huit (8) rapports de recherches ne faisant pas du tout ou pas assez mention de VAS dans leurs participants, neuf (9) rapports de recherche ne rapportant pas des données quantifiables sur minimalement une des variables d'intérêt (e.g. "*After few days of treatment, they reported improved sleeping behaviours and diminished nightmares*"), trois (3) études rédigées dans des langues autres que le français et l'anglais, un (1) rapport d'une étude préliminaire à un RCT déjà inclus et un (1) rapport d'étude de traitement sans description du traitement. En somme, il en résulte un bassin de dix-neuf (19) études primaires pour cette première stratégie systématique de recherche (n=19).

2.6.2. Exploration de la littérature grise

D'autre part, il est essentiel d'effectuer une recherche systématique au sein de la littérature grise afin de retracer les études primaires non-publiées, en cours, abandonnées (rapports de recherche, affiches/présentations de congrès scientifiques, études exploratoires, thèses, mémoires, chapitres de livre, articles contenant des résultats non-significatifs, etc.) et ainsi éviter, par le fait même, d'avoir un biais de publication à l'intérieur de la recension systématique (ou méta-analyse). Le biais de publication s'explique par le fait que les revues scientifiques ont tendance à publier en majorité du temps les études primaires qui obtiennent des résultats significatifs au détriment des autres

études qui se retrouvent au sein de la littérature grise (qui pourtant peuvent être toutes aussi pertinentes pour la recherche/clinique). Pour ce faire, en plus de l'investigation effectuée sur *ProQuest Dissertations and Thesis*, plusieurs recherches ont été effectuées aussi via *Google Scholar* à l'aide de diverses permutations de mots-clefs. Par ailleurs, les dix-neuf (19) études publiées qui sont éligibles jusqu'à présent ont été aussi retrouvées via ce médium de recherche.

Parmi des centaines de résultats explorés, seulement treize (13) nouveaux résultats ont été identifiés comme pouvant être potentiellement éligibles en lisant leur titre et leur brève description dont douze (12) résultats ont été systématiquement exclus : huit (8) chapitres de livres essentiellement descriptifs en matière d'évaluation et/ou de traitement des rêves/cauchemars et/ou de symptômes nocturnes posttraumatiques, trois (3) résumés d'affiches présentés en congrès qui sont déjà inclus dans le bassin d'études éligibles sous la forme d'articles scientifiques et une (1) section de cours (diapositives) rédigées en espagnol et citant des résultats de revues/ méta-analyses réalisées auprès de la population posttraumatique au sens large. Ainsi, une (1) nouvelle étude avec des résultats publiés a été lue dans son intégralité et incluse dans la recension systématique (1 nouvelle étude + 19 études déjà incluses dans la recension ; n= 20).

2.6.3. Poursuite des références

Dans le même ordre d'idées, il a été question pour l'expérimentateur et deux codificateurs d'explorer manuellement les listes de références à l'intérieur des études primaires elles-mêmes afin de s'assurer le plus possible qu'il n'existe pas d'autres études primaires pertinentes pour cette recension systématique. Dans ce cas-ci, une (1) nouvelle étude a été identifiée comme étant éligible dans le présent projet (1 nouvelle étude + 20 études déjà incluses dans la recension ; n=21).

2.6.4. Contacter les laboratoires travaillant sur le sujet

Une autre stratégie de recherche visait à trouver les études primaires en cours, abandonnées, soumises ou en attente d'une publication. Par conséquent, contacter les laboratoires travaillant sur le sujet (communiquer par courriel, au téléphone ou en personne avec les chercheurs seniors¹⁹) a été une autre stratégie désireuse de vouloir augmenter les chances d'obtenir du nouveau matériel riche à exploiter dans le cadre de cette recension systématique; ne serait-ce que pour mentionner les projets en cours de réalisation, les pistes de réflexion pour l'avenir de la recherche ainsi que pour partager des idées et des hypothèses en citant l'investigateur (bien entendu) dans la section *Discussion* du présent projet. Une seule nouvelle étude (thèse) s'est trouvée à être éligible (1 nouvelle étude + 21 études déjà incluses dans la recension ; n=22).

¹⁹ Vingt-cinq (25) chercheurs qui œuvrent dans ce domaine de recherche ont été contactés, voir Annexe F.

2.6.5. Autre(s) stratégie(s) employée(s)

Enfin, il existe sans doute d'autres stratégies de recherche employées qui peuvent apporter une contribution substantielle au présent projet, par exemple, l'expérimentateur a consulté les registres de recherches et d'essais cliniques en espérant trouver de nouvelles études ou en cours de réalisation (<http://clinicaltrials.gov/> du *National Institute of Health*- NIH, <http://who.int/ictrp/fr/> de l'Organisation Mondiale pour la Santé-OMS, <https://www.clinicaltrialsregister.eu> de l'*European Medicines Agency*-EMA). Aucune nouvelle étude ne s'est avérée éligible pour faire partie du bassin d'études (0 nouvelle étude + 22 études déjà recensées ; n total = 22 études primaires recensées). Parmi ce bassin final de vingt-deux (22) études primaires, il y a deux (2) thèses non-publiées et vingt (20) articles publiés dans des revues scientifiques.

2.7. Évaluation de la qualité méthodologique des études primaires

Une fois que la sélection des études empiriques a été effectuée, il a été question de procéder à l'évaluation de la qualité méthodologique du bassin comportant toutes les études primaires éligibles. Cette évaluation s'est réalisée à l'aide d'une grille construite selon les critères méthodologiques recommandés par le *Cochrane Back Review Group* afin d'évaluer la qualité des études.^{20,21} Rappelons que la *Cochrane Collaboration* regroupe 31 000 chercheurs dans plus de 100 pays de sorte que ces critères sont employés au plan international. Cette grille comporte l'évaluation de plusieurs domaines méthodologiques issus des études empiriques, ce qui permettra de mesurer la présence de plusieurs biais méthodologiques : biais de sélection, biais d'attrition, biais affectant potentiellement la performance (e.g. biais lié(s) aux attentes de l'expérimentateur et/ou des participants en fonction de leur assignation dans l'étude), biais de détection, biais lié à la déclaration des résultats (manque de transparence), etc. L'évaluation est qualitative et s'est faite séparément par domaine méthodologique. Un exemplaire de cette grille est fourni en Annexe G.

Une fois le processus d'évaluation terminé, l'échantillon final d'études primaires qui fait l'objet d'un travail d'analyse est resté le même (n=22) et ce, malgré la faible qualité méthodologique ressortant de la majorité des études recensées (les résultats concernant cette évaluation sont exposés plus en détails à la section 4.4 de ce document). Le but visé par ce choix méthodologique est de refléter la réalité actuelle dans ce champ de recherche telle qu'elle est, c'est-à-dire avec les forces de même que les limites qu'elle comporte. En ce sens, le degré de qualité

²⁰ The Cochrane Collaboration (2010). *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias* (2010). Higgins & Green (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, vol.5.

²¹ Voir annexe G.

méthodologique des études n'est pas un critère d'éligibilité pour faire partie de cette recension systématique.

2.8. Extraction et codification des données des études primaires

Aux fins d'analyse et de synthèse, les données pertinentes de chacune des études ont été extraites à l'aide d'une grille standardisée d'extraction et de codification des données (voir Annexe H). Cette grille a été récupérée et adaptée à partir d'une grille préexistante qui est utilisée au laboratoire de Mme Geneviève Belleville, PhD. Par données pertinentes, on fait référence aux caractéristiques des échantillons, aux designs méthodologiques employés et aux caractéristiques inhérentes aux traitements provenant de chacune des études primaires (n=22). Ultimement, ces données servent à faire ressortir les tendances générales par rapport aux diverses sources d'influences sur l'efficacité des traitements recensés. L'étape d'extraction de données a servi aussi à ressortir des études éligibles les facteurs de complexité dans l'opérationnalisation et dans le monitoring des variables d'intérêts (e.g. instruments de mesures multiples, les sous-échantillons, les intervalles de temps de mesure, etc.).

2.8.1. Mesure de fidélité inter-juge

Afin d'éviter un biais associé à la subjectivité de l'expérimentateur dans l'extraction et la codification des données, deux autres codificateurs issus de la discipline en psychologie ont été engagés afin d'extraire et de codifier eux aussi, indépendamment de leur côté, chacune des études primaires incluses dans le projet de recherche. Une fois la grille adaptée en fonction des besoins de cette recension systématique et prête à être utilisée, une formation détaillée (120 minutes) a été donnée par l'expérimentateur principal à l'aide de procédures claires, cohérentes et constantes à suivre. De surcroît, une pratique de codifications pilotes a été réalisée à partir d'une étude de traitement dans le même domaine afin que tous puissent se familiariser avec l'utilisation de la grille, répondre aux questions, éclaircir certains points plus nébuleux, etc. Le but visé a été d'assurer une extraction ainsi qu'une codification systématique, fiable et standardisée d'un évaluateur à l'autre. Ensuite, une fois que toutes les études primaires ont été lues, codifiées, extraites par chacun des trois codificateurs, les résultats ont été colligés dans un fichier Excel. Un indice de fidélité inter-juge a été alors calculé. Grâce à la formation préalablement reçue combinée à la pratique de codification, il était attendu d'obtenir une forte, voire une excellente entente inter-juges (coefficient kappa supérieur à 0,85). L'indice d'accord inter-juges réel est de 0,93.

2.8.2. Processus décisionnel à la suite de la codification

Enfin, les divergences inter-codificateurs ont été soulignées a posteriori par l'expérimentateur principal. Les trois évaluateurs se sont rencontrés afin de discuter des cas plus problématiques et des divergences en ce qui a trait à la classification des données empiriques dans la grille. Le but ultime a été d'en arriver à un consensus unanime concernant la catégorisation de l'information divergente. Cela dit, de façon générale, les sources d'erreur dans la codification nous ont semblé être dues à un rapport original de recherche inadéquat (e.g. rapporter des variables d'intérêt sur le sommeil dans le texte sans les rapporter dans les tableaux de résultats), à des ambiguïtés dans le processus de décision ou à des biais ou erreurs de la part d'un codeur. Il était prévu que si ce n'était pas possible pour une raison particulière d'en arriver à un consensus unanime, des solutions auraient été envisagées. Il y aurait toujours eu la possibilité de consulter des sources externes qui ont une certaine expertise dans le domaine ou encore de contacter les auteurs originaux afin de nous éclairer sur un point plus nébuleux. Toutefois, en discutant de façon rationnelle, tous les trois se sont entendus sur une réponse unanime.

3. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Dans le cadre de cette recension systématique de type Cochrane, des données ont été extraites de façon la plus systématique et objective possible par l'expérimentateur et deux autres codificateurs afin de faire ressortir les caractéristiques pertinentes et de les présenter sous forme de tableaux (voir Annexes I, J et K). Cette façon de présenter les résultats vise surtout à répondre à la question principale de recherche sur les variables d'intérêts pour faire ressortir les tendances générales de chacune des études primaires et ainsi répondre à la nature même de la recension (c'est-à-dire fournir une synthèse systématique, exhaustive, rigoureuse et la plus objective possible d'un pan précis de la recherche). D'autre part, le tout pourrait servir éventuellement à réaliser une synthèse quantitative des données empiriques traçant ainsi le portrait de la magnitude des divers traitements s'adressant aux perturbations de sommeil et aux cauchemars chez les VAS en fonction de leur efficacité, de leur utilité clinique, de leur faisabilité, etc. Dans les paragraphes subséquents, les différentes synthèses standardisées sont donc élaborées en fonction de plusieurs domaines d'intérêt (1-Les caractéristiques des échantillons cliniques ; 2-Les caractéristiques méthodologiques employées; 3-Les caractéristiques des traitements) afin de répondre aux objectifs visés (voir section 2.1.).

3.1. Synthèse des caractéristiques des échantillons cliniques

Tout d'abord, les études primaires recensées (n=22) font état de treize rapports de cas cliniques, deux études avec une série de cas cliniques, cinq études randomisées contrôlées (RCTs), un essai contrôlé de type « open trial » et une thèse réalisée sous la forme d'un protocole avec plusieurs cas uniques avec une série de temps de mesures interrompues. En ce qui a trait aux échantillons cliniques recensés, on dénote des bassins de participants comportant plus de cent sujets ($n \geq 100$) exclusivement dans les études RCTs. Au total, cette recension systématique comptabilise six cents dix-huit (618) VAS²².

Pour ce qui est du sexe des participants, il en ressort une intégralité féminine au sein des échantillons cliniques, à l'exception de trois études à cas unique composées d'hommes VAS (#17, 20 et 22)²³, une étude avec sept cas cliniques dont environ la moitié sont de sexe masculin (#9), une étude à série de cas cliniques avec 25% d'hommes (#4) et une étude RCT avec 12,5% d'hommes (#1). Également, on retrouve des études comportant des sujets avec diverses tranches d'âge (étendue de 3 à 62 ans environ), mais avec une prépondérance d'études effectuées auprès d'une

²² Les participants de l'étude de Galovski et al. (2009) n'ont pas été comptabilisés en double dans le total étant donné que Gutner et al. (2013) reprennent le même échantillon clinique tout en y ajoutant un groupe contrôle.

²³ Les numéros entre parenthèses renvoient aux études recensées présentées dans les Annexes I, J et K.

population clinique adulte (17 études primaires sur 22). Il y a trois études faisant mention d'adolescents (#3, 11 et 15) et deux études de cas cliniques faisant mention d'enfants (#9 et 20). De plus, on dénote une tendance certaine au plan des variables sociodémographiques des participants notamment en ce qui concerne l'ethnie. Il y a une prédominance de participants caucasiens au sein des études s'intéressant à cette caractéristique²⁴. En second rang vient l'ethnie afro-américaine. Les autres données sociodémographiques extraites concernant le niveau de scolarité, le niveau socioéconomique, le statut civil, le statut religieux (etc.) des participants illustrent un portrait plutôt mitigé en raison de caractéristiques complètement opposées entre les études ou encore par manque d'informations rapportées dans plusieurs articles qui ne permettent pas de faire ressortir une tendance claire à ce sujet. Toutefois, l'étude la plus complète en regard aux variables sociodémographiques rapportées et détaillées est celle de Krakow et ses collaborateurs (2001a ; étude #10).

Malgré le fait que ce ne sont pas toutes les études recensées qui ont détaillé les informations contextuelles entourant l'agression sexuelle (nature, fréquence, sévérité, moment du dernier épisode), un patron se dessine à l'intérieur de même qu'entre les études. D'une part, on constate chez les sujets étudiés une plus forte propension d'abus sexuels subis durant l'enfance, de type intrafamilial (ou près du cercle familial), commis par des adultes de sexe masculin et qui se sont produits à plusieurs reprises (chronicisés dans le temps). D'autre part, malgré le manque d'évidences rapportées en ce qui a trait à la sévérité de l'abus sexuel, quelques études font mention d'un haut degré de sévérité (niveaux 2 et 3) incluant des contraintes physiques, menaces de mort avec ou sans arme, agresseurs sexuels multiples et ce, peu importe que l'abus rapporté soit intra ou extrafamilial (études #3, 4, 15 et 18). Concernant les comorbidités psychiatriques présentes à la ligne de base chez les VAS, la majorité des études (14 sur 22) mettent en avant-plan de façon explicite des symptômes cliniques marqués, voire même quelques diagnostics officiels de l'ÉSPT, de dépression majeure et de troubles anxieux divers (attaques de panique, trouble panique, phobies, trouble obsessionnel-compulsif). Plusieurs autres troubles sont également mentionnés, notamment des troubles de l'abus et/ou de dépendance aux substances, des symptômes de somatisation, troubles bipolaires, troubles de personnalité de même qu'un certain degré de potentiel suicidaire. Plusieurs auteurs mentionnent aussi un lourd passé psychiatrique chez leurs participants en raison de leur histoire de santé psychologique précaire de même que leurs diverses consultations médicales/psychologiques accumulées au fil des années. Parallèlement à ce dernier aspect, une tendance à la hausse se dessine au sujet de l'utilisation actuelle ou passé de psychotropes chez les

²⁴ Notez que certaines études ne rapportent aucun détail quant à l'ethnie des participants. Cela est encore plus vrai concernant les autres variables sociodémographiques.

participants. On retrouve au moins le tiers des études (8 études sur 22) faisant mention explicitement d'antidépresseurs chez les participants (e.g. fluoxétine, bupropion, imipramine, etc.). La plupart des médications recensées avaient pour but de traiter les symptômes posttraumatiques aussi via l'utilisation d'anxiolytiques et, dans de plus rares cas, d'antipsychotiques. Quelques études font état de participants ayant reçu par le passé une médication adressée spécifiquement à leurs difficultés de sommeil (e.g. zolpidem, trazodone). Enfin, toutes les études recensées (22 études sur 22) rapportent des variables d'intérêt concernant les symptômes nocturnes des VAS. D'une part, une majorité d'études recensées font mention de cauchemars sévères, récurrents, engendrant une détresse significative (18 études sur 22) de même que des perturbations sérieuses principalement à initier et à maintenir le sommeil (19 études sur 22). Les cauchemars décrits et rapportés mettent en scène des thématiques d'agression et de sexualité, voire même en lien avec la mort pour certains (voir étude # 15). D'autre part, une minorité d'études (2 études sur 22) ont investigué la présence d'autres troubles du sommeil et ont rapporté que les VAS souffraient de troubles respiratoires en sommeil.

3.2. Synthèse des caractéristiques méthodologiques des études primaires

Tel que mentionné dans la section précédente, parmi les études primaires recensées, cinq (5 études sur 22) contiennent des designs expérimentaux de type RCT. Seulement cette catégorie d'études ont comporté une assignation aléatoire des participants entre leurs diverses conditions expérimentales. En ce qui concerne les groupes de comparaison, deux études RCT recensées (# 6 et 16) ont employé un groupe de comparaison actif (traitement), une autre étude RCT (#10) ainsi qu'un essai contrôlé de type *open label* (#11) ont eu recours à un groupe de comparaison inactif (contrôle de type liste d'attente) et deux autres études RCT (# 1 et 8) ont plutôt utilisé deux groupes de comparaison (un actif et un inactif). Ensuite, peu importe que les études recensées aient un design méthodologique adéquat, partiel ou absent, toutes les études (22 sur 22) comportent minimalement des temps de mesure pré-post intervention sur les cauchemars et perturbations du sommeil. En fait, plus de la moitié des études (13 sur 22) possèdent au moins une mesure de suivi dans le temps (*follow-up*) concernant les variables d'intérêt. En ce qui concerne la plus longue mesure de suivi répertoriée par étude : deux études ont une mesure de suivi d'un mois (1 mois) suivant l'intervention ; cinq études en ont une entre un et trois mois (1-3 mois); deux études en ont une entre trois et six mois (3-6 mois); deux en ont une entre six et douze (6-12 mois); deux ont un *follow-up* plus grand qu'un an (≥ 1 an).

Presque toutes les études/rapports de cas cliniques mentionnent que le motif de consultation des patient(e)s incluait des symptômes posttraumatiques nocturnes récurrents en lien avec un

traumatisme sexuel subi et que ces manifestations cliniques (e.g. cauchemars, perturbations du sommeil, fatigue diurne, etc.) persistaient au-delà des médications ou thérapies suivies antérieurement. En plus de ce dernier aspect, les études recensées avec un meilleur poids méthodologique (e.g. RCT) ont indiqué de façon systématique des critères de sélection concernant l'inclusion et l'exclusion des participants tels que : avoir un ÉSPT (ou des symptômes marqués sans répondre au trouble), avoir une médication stable pendant toute la durée de l'étude, ne pas avoir de psychose, ne pas être en manie, ne pas souffrir d'un abus/dépendance à des substances, ne pas avoir un potentiel suicidaire sévère (imminent), ne pas être actuellement dans une relation péritraumatique (violence conjugale, abus sexuel encore présent, etc.), ne pas souffrir de condition cardiaque ou neurologique (s'applique surtout pour les études pharmacologiques). L'étude de Murray-Swank (2004 ; #14) avait même un critère d'inclusion plutôt marginal comparativement au reste du lot d'études recensées en ayant, entre autres, le fait de devoir croire en Dieu ou d'avoir la foi en un pouvoir supérieur. Ensuite, parmi les construits d'intérêt mesurés, la fréquence des cauchemars revient le plus souvent d'une étude à l'autre (16 études sur 22). L'intensité ou la détresse associée aux cauchemars (7 études sur 22), les perturbations de sommeil comme pouvant être de « l'insomnie » potentielle (11 études sur 22), la qualité de sommeil via les divers paramètres de sommeil (6 études sur 22) sont toutes des variables d'intérêts également étudiées dépendamment de l'article ou la thèse en question.

Pour permettre d'évaluer l'ampleur du changement avant comparativement à après l'intervention, il importe de relever la tendance générale en ce qui a trait aux choix des instruments de mesures employés au sein de la recension. Pour mesurer les cauchemars, 8 études sur 22 ont eu recours à un/des questionnaire(s) adressé(s) spécifiquement aux rêves perturbateurs (e.g. *Nightmare Frequency Questionnaire-NFQ*, *Nightmare Distress Questionnaire-NDQ*, *Nightmare Effect Survey-NES*, etc.). La moitié des études (11 sur 22) ont employé des questionnaire(s) destiné(s) spécifiquement au sommeil et incluant ou non la qualité du sommeil (e.g. *Pittsburg Sleep Quality Inventory-PSQI*, *Insomnia Severity Index-ISI*, *Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep-DBAS*, etc.). La moitié (11 sur 22) ont utilisé des items de questionnaires ou d'entrevues semi-structurées donnant un indice sur les symptômes nocturnes (e.g. items 2 et 13 du *Clinician-Administered PTSD Scale-CAPS*, *Structured Clinical Interview for DSM-SCID-IV*, *Hamilton Ratin Scale for Depression-HRS*, etc.). Seulement deux études ont utilisé l'agenda de sommeil et seulement deux études ont eu recours à la PSG. En raison du nombre élevés de rapports/études de cas, au moins 10 études sur 22 se sont basées sur leurs observations cliniques et/ou encore sur les propos rapportés par le patient/participant, par ses proches ou par l'équipe traitante.

Finalement, un autre facteur à considérer au plan méthodologique est le taux de mortalité expérimentale (attrition). Les taux provenant des études recensées ont été comptabilisés et donnent une moyenne pondérée (en fonction du nombre de participants par étude) de 26,91% comme taux d'abandon moyen. L'étendue des taux recensés de mortalité expérimentale varient entre 12,87% et 32,14%. La seule étude fournissant une évaluation détaillée de ceux qui n'ont pas complété l'étude de traitement en entier est celle de Krakow et ses collaborateurs (2001a ; étude #10).

3.3. Synthèse des caractéristiques inhérentes des traitements recensés

En ce qui a trait aux traitements adressés aux symptômes posttraumatiques nocturnes (ou aux symptômes posttraumatiques dans leur ensemble), force est de constater une diversité des interventions répertoriées sur les plans psychologique et pharmacologique (plus de 10 types différents). L'étude de Antal (2005, étude #1), réalisée auprès d'un échantillon universitaire, avait comme intervention le fait d'écrire à propos de l'abus sexuel vécu (forme d'exposition au contenu traumatique) ou d'écrire à propos de sujets banals de la vie courante. L'étude de Murray-Swank (2004, étude #14) a réalisé une intervention psycho-spirituelle auprès de survivantes d'abus sexuel croyantes intitulée *Psycho-Spiritual Solace for Soul* où des thèmes de considération positive et d'acceptation de soi, de sentiment de colère, de dégoût, de tristesse et d'abandon vis-à-vis soi-même et envers Dieu sont mis en avant-plan (ressemblant à une thérapie d'approche humaniste-existentialiste). Pigeon et collaborateurs (2009 ; étude #16), quant à eux, ont étudié l'impact d'une thérapie interpersonnelle pour la dépression (TIP) sur les symptômes d'insomnie des VAS. Deux études (#6 et 8) partageant le même bassin de participants ont employé l'exposition prolongée (PE) pour un groupe et la thérapie cognitive (CPT) pour le second groupe. Concernant cette dernière intervention, le rapport de cas de Pruiksma et collaborateurs (2015, étude #17) a aussi eu recours à la CPT pour traiter leur patient militaire VAS de même qu'à la thérapie par exposition, relaxation et retranscription (ERRT). L'étude de Davis (2005, étude #4) a également employé l'ERRT dans son étude de traitement. Quatre études (# 10, 11, 12 et 22) se sont penchées uniquement sur la thérapie de révision et répétition par l'imagerie mentale (RRIM) dont deux d'entre elles ont été réalisées auprès de VAS avec une déficience intellectuelle légère (études # 12 et 22). Trois études (#3, 5 et 17) ont employé un protocole de traitement combinant deux types d'interventions psychologiques (e.g. TCC diverses, psychoéducation sur le sommeil, désensibilisation systématique, CPT, ERRT, RRIM, etc.). Deux études (# 2 et 7) ont utilisé un traitement combiné multimodal (psychologique et pharmacologique) comprenant deux, voire trois phases d'intervention (e.g. prazosine, RRIM, ajout d'éveils préprogrammés). Enfin, sept études (#9, 13, 15, 18, 19, 20 et 21) ont employé un traitement pharmacologique à partir d'antihypertenseurs (e.g.

prazosine, clonidine, terazosine), d'antihistaminique (e.g. cyproheptadine) ou d'un inhibiteur sélectif de la recapture du GABA (e.g. tiagabine). En somme, la recension systématique comprend 13 études de traitement(s) de nature psychologique, 7 études de traitement de nature pharmacologique et 2 études de nature multimodale (psychologique + pharmacologique). À titre indicatif, 3 études sur 5 (études #9, 15, 20) études avec un échantillon pédiatrique ont eu recours à un traitement pharmacologique (prazosine et clonidine) et les 2 études restantes (études #3 et 11) sur 5 auprès d'enfants/adolescents ont employé un traitement psychologique (RRIM, psychoéducation sur les cauchemars, MCET).

En termes de nombre de sessions pour les études avec intervention psychologique, sept études sur quinze ont été réalisées en 5 sessions ou moins (≤ 5 sessions), cinq études sur quinze ont été réalisées entre 6 et 15 sessions (6-15 sessions) et trois études sur quinze ont été réalisées en plus de 16 séances (≥ 16 sessions). En termes de fréquence ou de répartition des sessions dans le temps, trois études sur quinze ont été réalisées en raison de 2 fois par semaine (2x/semaine), six études sur quinze ont été réalisées en raison d'une fois par semaine (1x/semaine), deux études sur quinze ont été réalisées moins d'une fois par semaine ($< 1x/semaine$) et quatre études sur quinze n'ont pas rapporté la fréquence des sessions. En termes de durée des sessions, une étude sur quinze a été réalisée en moins de 30 minutes ($< 30 \text{ min./session}$), deux études sur quinze ont été réalisées entre 30 et 60 minutes (30-60 min./session), quatre études sur quinze ont été réalisées entre 61 et 120 minutes (61-120 min./session), deux études sur quinze ont été réalisées en plus de 120 minutes ($> 120 \text{ min./session}$) et six études sur quinze n'ont pas rapporté la durée des sessions.

Les études d'interventions pharmacologiques (7 études sur 22) ont un dosage qui varie selon la molécule prescrite en question. Toutefois, en ce qui concerne la prazosine (celle qui revient le plus souvent dans les études, soit quatre études sur sept), le dosage varie entre 1 et 9 mg dépendamment de l'étude. En ce qui concerne la durée de la prise de médication, deux études sur sept ont été administrées quotidiennement pendant 1 mois ou moins (≤ 1 mois), une étude entre 1 et 2 mois (1-2 mois), deux études entre 2 et 6 mois (2-6 mois), une étude en plus de 6 mois (≥ 6 mois) et une étude qui n'a pas rapporté la durée. En ce qui concerne les modalités d'implantation des interventions de façon générale, 5 études sur 22 ont été réalisées à l'interne (hôpitaux pour enfants, institution gouvernementale, site militaire, maison de probation), 14 études sur 22 ont été réalisées à l'externe (cliniques externes de soins médicaux et/ou psychologiques), 2 études sur 22 ont été réalisées dans des départements universitaires et 1 étude n'a pas rapporté cette information. La majorité des interventions dans les études (20 sur 22) ont été administrées de manière individuelle. Les deux études restantes sont celles de Krakow et ses collaborateurs (2001a, étude

#10 ; 2001b, étude #11) sur la RRIM et ont été administrées en groupe. En ce qui a trait aux études d'interventions psychologiques, 12 études sur 15 ont employé un protocole ou manuel de traitement pour leurs interventions respectives. Les trois études restantes n'en font pas malheureusement mention dans leurs articles. Enfin, 13 études sur 22 ont eu recours à des psychologues pour administrer leurs interventions, 8 études sur 22 ont eu recours à des médecins pour administrer leurs interventions, 2 études sur 22 ont eu recours à des étudiants gradués en psychologie pour administrer leurs interventions et 1 étude sur 22 a également eu recours aux intervenants de l'équipe traitante de la maison de probation pour compléter leur intervention.

Concernant les résultats thérapeutiques des études recensées²⁵, aucun article n'a fait mention d'effets thérapeutiques adverses ou indésirables sur les symptômes nocturnes. 1 étude sur 22 n'a pas réussi à démontrer d'effets thérapeutiques inhérents à leur intervention. En effet, l'étude de Antal (2005 ; étude #1) conclue que le fait d'écrire sur l'abus sexuel vécu ou sur n'importe quel sujet ne serait pas plus efficace pour réduire les symptômes nocturnes que de ne pas écrire du tout. Ensuite, la moitié des études recensées (11 sur 22) rapportent des effets positifs, mais modestes concernant leurs interventions sur la symptomatologie nocturne. Parmi celles-ci, on retrouve : un traitement combiné multimodal (étude #2) avec une TCC de 40 sessions (incluant des composantes de psychoéducation sur l'hygiène du sommeil ainsi que de la désensibilisation systématique) de même que de la pharmacothérapie (alprazolam, zolpidem, fluoxétine); un traitement séquentiel combiné (TCC-axée sur le trauma + TCC-I brève; étude #5); deux études RCTs sur deux thérapies CPT et PE (études # 6 et 8); un traitement multimodal séquentiel incluant un essai de prazosine, de la RRIM et des ajouts de réveils préprogrammés (étude #7); une étude sur la RRIM réalisée sous forme d'un atelier intensif de six heures à des adolescentes VAS (étude #11); une étude sur la TIP pour la dépression (étude #16) et; quatre interventions pharmacologiques à base de clonidine (étude #9), de cyproheptadine (étude #18), de térazosine (étude #19) et de tiagabine (étude #21).

Enfin, 10 études sur 22 ont indiqué avoir des effets cliniquement positifs et/ou statistiquement significatifs²⁶. Parmi celles-ci, on retrouve : un traitement séquentiel combiné avec la *Multiple Channel Exposure Therapy* (MCET) pour traiter l'ÉSPT et le trouble panique suivi d'une RRIM pour les cauchemars (étude #3); une étude sur l'ERRT (étude #4); trois études sur la RRIM (études #10, 12 et 22); une intervention psycho-spirituelle (étude #14); un traitement

²⁵ Pour une lecture détaillée des résultats de chacune des études, bien vouloir vous référer à l'Annexe K.

²⁶ À titre indicatif, l'étude #10 portant sur la RRIM rapporte des tailles d'effets élevées (d variant entre 0,85 et 1,31) pour la réduction de la fréquence et de l'intensité des cauchemars et une taille d'effet modérée pour la qualité du sommeil (d=0,67) entre le pré-post traitement chez les VAS.

séquentiel combiné incluant la CPT suivi d'une ERRT (étude #17) et; trois études sur la prazosine (#13, 15 et 20).

3.4. Retour sur l'évaluation du risque de biais méthodologiques des études primaires

Tel que mentionné précédemment, l'évaluation méthodologique de chacune des études incluses dans cette recension systématique est qualitative et s'est faite séparément par domaine méthodologique. Chacune des études primaires a été analysée en fonction des onze critères énoncés dans la grille et de leur opérationnalisation.²⁷ Ainsi, une cote a été attribuée pour les critères (A à K) qui ont été formulés sous la forme de questions. Chacun des critères se répond par quatre possibilités (oui/ peut-être (incertain)/ non / non-applicable) afin de pouvoir statuer sur la qualité méthodologique de chaque étude. Pour considérer une étude comme étant adéquate d'un point de vue méthodologique, elle doit répondre minimalement «oui» à 5 critères (≥ 5 critères sur 11; Furlan, Pennick, Bombardier, & Van Tulder, 2009). Tel qu'il en ressort au tableau de l'Annexe L, plusieurs réponses s'avèrent à être «non-applicable» étant donné que la recension comporte un grand nombre d'études non-contrôlées au plan méthodologique (i.e. treize rapports de cas cliniques et deux études avec une série de cas cliniques), notamment sans groupe de comparaison, sans assignation aléatoire, etc. De plus, la seconde réponse qui revient le plus souvent dans cette évaluation est «peut-être (incertain)» étant donné que de nombreuses études ne rapportent pas explicitement et systématiquement les informations nécessaires afin de pouvoir statuer à savoir si le critère est rencontré ou s'il est absent. Par conséquent, seuls les critères F (*aveuglement des évaluateurs ?*), G (*la co-intervention est-elle évitée ou adéquate ?*) et H (*intégrité du traitement respectée ?*) ont pu être évalués presque pour toutes les études primaires.

En somme, seules les cinq études RCT (# 1, 6, 8, 10 et 16) de cette recension systématique ont suffisamment de critères répondus à l'affirmative pour satisfaire au seuil de ce qui est jugé souhaitable et adéquat comme qualité méthodologique. Néanmoins, la présente grille employée pour l'évaluation de la qualité méthodologique de chaque étude primaire dans le cadre de cette recension systématique a été développée spécifiquement pour les essais cliniques de groupes. En ce sens, il demeure important de soulever la sévérité des critères d'évaluation qui ne sont peut-être pas tous représentatifs du type de méthodologie employée (ex. protocoles expérimentaux à cas uniques) dans les diverses études primaires recensées dans le cadre de projet de recherche.

²⁷ Voir Annexe L.

4. DISCUSSION

En regard aux synthèses détaillées, plusieurs constats émergent. Premièrement, en ce qui a trait aux caractéristiques des échantillons cliniques recensés, on constate que la composition des bassins de participants, en termes de genre, reflète les statistiques actuelles chez les VAS à l'effet qu'une prédominance des VAS dévoilées sont des femmes. Inversement, on remarque une tendance opposée de la réalité clinique en ce qui concerne la variable associée à l'âge dans les études primaires recensées. En effet, 77% des études de traitement recensées ont été effectuées auprès de VAS adultes alors que les statistiques démontrent que 66% des cas de VAS déclarés sont des mineurs. Des lacunes importantes sont aussi relevées en ce qui a trait au fait de ne pas rapporter systématiquement davantage de données sociodémographiques des VAS, ce qui permettrait de tracer un portrait plus clair concernant la population clinique à l'étude. Également, bien que les études rapportent certaines problématiques présentes au plan des comorbidités psychiatriques des VAS, très peu d'entre elles ont évalué leurs participants avant et après l'intervention avec des outils de mesures valides et standardisés à des fins diagnostiques. Par conséquent, des symptômes sont mentionnés sans que l'on ait une idée claire et certaine du profil clinique des participants. Le même constat ressort pour les symptômes nocturnes rapportés dans les études (cauchemars, insomnie, autres troubles du sommeil). Cette lacune au plan de l'évaluation diagnostique pourrait être due aussi au fait que la majorité des auteurs des articles recensés n'œuvrent pas dans le domaine du sommeil et ainsi, ils ne seraient pas familiers avec les instruments de mesure diagnostique des troubles du sommeil. Outre les derniers constats relevés, il importe de nommer une force en ce qui concerne les études primaires qui, pour la plupart, ont fait un effort pour détailler les circonstances entourant l'abus sexuel. Plus souvent qu'autrement, les études anecdotiques de cas cliniques permettent une description plus exhaustive des caractéristiques personnelles des VAS, contrairement aux études avec un meilleur contraste méthodologique.

Au plan des designs expérimentaux, force est de constater de pauvres propriétés méthodologiques pour la majorité des études primaires venant potentiellement menacer leur validité interne et externe. Cela amène des questionnements sérieux quant à l'efficacité des diverses études de traitement et à savoir si l'étude mesure bien ce qu'elle est sensée mesurer ou encore, si l'étude est généralisable à l'ensemble des VAS. Les petites tailles des échantillons, l'absence d'instruments de mesure valides et/ou objectifs, le grand nombre d'études (16 études sur 22) non-randomisées et non-contrôlées pour les divers biais, le manque de temps de mesures de suivi (*follow-up*) pour la moitié des études recensées, des construits imprécis (e.g. perturbations de sommeil sans définir vraiment de quoi il s'agit), des taux de mortalité expérimentale relativement

élevés (près du tiers de l'échantillon) sans mentionner l'absence de données se rapportant à ceux et celles n'ayant pas complété l'intervention sont toutes des raisons pouvant expliquer les limites méthodologiques inhérentes aux études répertoriées. Cela dit, il semblerait que les taux d'abandon approchant le tiers de l'échantillon seraient un aspect commun des études portant sur des victimes avec un ÉSPT, incluant les VAS (Krakow et al., 2001a ; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). Au plan des forces méthodologiques, pour les études avec plus d'un participant, les critères de sélection ont été presque systématiquement décrits pour la plupart des études et tiennent compte des problématiques associées à la population étudiée ainsi que des répercussions que ceux-ci pourraient avoir sur l'efficacité de l'intervention. Par exemple, certaines études se sont assurées d'exclure les participants qui sont toujours actuellement aux prises avec un événement traumatique dans leur vie au moment du recrutement et d'exclure les participants qui ont des antécédents de psychose ou d'abus de substances afin d'éviter l'introduction de variables confondantes potentielles.

Outre le fait que les études à cas unique sont insuffisantes pour statuer sur l'efficacité d'une intervention, l'hétérogénéité associée au contenu des protocoles d'interventions en soi (e.g. le nombre de sessions, la fréquence, la durée, le dosage d'une médication, le choix et la quantité des instruments de mesure, les intervalles de temps de mesure, les comorbidités de l'échantillon, etc.) qui diffère d'une étude à l'autre de même que l'absence de certaines informations au sein des études primaires représentent tous des facteurs de complexité à considérer dans cette analyse et qui engendrent une portée limitée des résultats et des interprétations à en tirer en termes d'efficacité thérapeutique. Par exemple, le nombre, la durée et la fréquence des sessions thérapeutiques dans le cadre de cette recension varie entre 1 et 40 sessions, entre 20 et 360 minutes, entre 1 jour et 1 an de thérapie. Outre ces constats lacunaires, les modalités d'implantation comme le fait que la majorité des études ont été effectuées en clinique externe, en un pour un avec un spécialiste de la santé mentale ou physique (psychologue, médecins) améliorent considérablement les chances de faisabilité et de généralisation de ces traitements en pratique clinique. De plus, un autre point positif réside dans le fait que la majorité des études recensées semblent minimalement s'appuyer sur un manuel (ou un protocole) de traitement.

Somme toute, à la lumière de tous les aspects lacunaires mentionnés précédemment, l'hypothèse alternative de dire qu'il ne s'avère pas possible à l'heure actuelle de statuer de façon précise au sujet de la magnitude de l'efficacité des divers traitements des cauchemars et des perturbations de sommeil destinés aux VAS s'avère à être la plus juste. Ainsi, il n'est pas possible actuellement de répondre à la question de recherche à savoir si l'efficacité d'une intervention

psychologique s'avère supérieure à celle d'une intervention pharmacologique dans le traitement des symptômes posttraumatiques nocturnes chez une population spécifique de VAS. Cette question et les hypothèses qui en découlent demeurent donc en suspens.

En raison des contraintes décrites, le lecteur de cette recension systématique se doit d'être prudent dans les conclusions à en tirer. Cela dit, il n'est pas impossible de faire ressortir quelques tendances en faisant preuve de parcimonie en ce qui a trait à la synthèse des traitements recensés. Trois études sur la RRIM (études #10, 12 et 22) et beaucoup d'autres auteurs dans cette recension ont souligné les bienfaits thérapeutiques de cette thérapie cognitive-comportementale sur la réduction de la fréquence et de la sévérité des cauchemars, des perturbations de sommeil, mais aussi des symptômes diurnes de l'ÉSPT. De surcroît, les gains thérapeutiques de cette intervention se maintiendraient au moyen-long cours pendant plusieurs mois, voire plusieurs années chez les VAS (Krakow et al., 1993, 2001a, 2001b). Les études recensées dans le cadre de ce mémoire doctoral semblent pencher en faveur que la RRIM soit de courte durée (entre 2 et 5 sessions), facile à appliquer avec un protocole de traitement, qui serait peu coûteux pour la VAS et généralisable à des populations vulnérables que ce soit pour des adolescents ou encore des VAS ayant une déficience intellectuelle. Par ailleurs, trois études de cas de VAS (#13, 15 et 20) effectuées sur la prazosine ont été également démontrées efficaces pour réduire la symptomatologie nocturne en lien avec le trauma sexuel, excepté que lorsque la molécule est discontinuée, les symptômes nocturnes referaient surface. Cette molécule pourrait être envisageable aussi à l'enfance comme le suggèrent les études (#15 et 20) effectuées auprès de VAS infantiles. Les recensions systématiques et méta-analytiques réalisées auprès de la population posttraumatique au sens large abondent dans le même sens en disant que la RRIM et la prazosine sont les avenues thérapeutiques les plus prometteuses à l'heure actuelle. L'intervention ERRT (qui ressemble à plusieurs points à la RRIM, mais en mettant un accent sur l'exposition aux souvenirs traumatiques) semble aussi avoir un impact positif et prometteur sur les symptômes nocturnes posttraumatiques des VAS (études #4 et 17).

4.1. Implications pour la recherche

À la lumière de l'analyse critique précédente, certaines recommandations et pistes de réflexions pourraient s'avérer utiles pour l'avenir de la recherche dans ce domaine. Les chercheurs devraient avant tout s'assurer de procéder à une évaluation clinique approfondie des caractéristiques de la VAS au pré-traitement avant d'entamer l'intervention. Le but visé étant de documenter toute variable pouvant avoir potentiellement un effet prédictif ou modérateur de la fréquence et/ou de la sévérité des symptômes posttraumatiques nocturnes et diurnes afin d'ultimement offrir une meilleure prise en charge des VAS au plan clinique (Dubé-Frenette, 2017).

Cette étape préalable pourrait se faire à l'aide d'entrevues semi-structurées telles que le SCID du DSM (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2004), le CAPS (Blake et al., 1995; voir Annexe O) et l'Entrevue Diagnostique pour l'Insomnie (EDI; Morin, 1993; voir Annexe N). Des questionnaires pour compiler les données sociodémographiques, la prise récente/concomitante de médication et l'histoire du trauma sexuel (e.g. *Sexual Experiences Survey*-SES; Koss, & Oros, 1982), ou encore un questionnaire-maison pourraient s'avérer utiles également pour documenter le profil clinique des sujets. En ce qui concerne les participants, il serait bien d'employer des techniques d'échantillonnage stratifié plutôt qu'un échantillon de convenance afin d'avoir un échantillon le plus représentatif de VAS (e.g. pour différentes tranches d'âges : enfants, ados, adultes, personnes âgées de même que pour le sexe des participants). À ce sujet, plusieurs auteurs ont des échantillons cliniques hétérogènes dans leurs études de traitement incluant à la fois des VAS de même que d'autres victimes civiles sans antécédent de trauma sexuel (accident de voiture, témoin d'une mort violente, agression physique, etc.) postulant de façon implicite que tous ces types de traumas sont similaires en termes de mécanismes de maintien des symptômes posttraumatiques nocturnes alors qu'en réalité, ce n'est pas forcément le cas. Sous toutes réserves, rien ne semble indiquer dans la littérature scientifique actuelle que tous les traumas répondent de la même façon aux interventions thérapeutiques. En ce sens, les chercheurs dans le domaine de la victimisation sexuelle devraient considérer que tous les participants de leur étude doivent avoir minimalement un historique de traumatisme(s) sexuel(s). Cela dit, il est normal de retrouver d'autres types de traumas dans l'histoire de la personne et ce serait plutôt utopique de penser le contraire. Dans le récent livre de Katz et collaborateurs (2015) intitulé *Treating Military Sexual Trauma*, on apprend qu'environ 12,5% des hommes militaires et 42% des femmes militaires ont un historique de victimisation sexuelle. Ainsi, en plus d'être fortement à risque de développer un ÉSPT relié à un traumatisme de guerre dans le cadre de leurs fonctions, une bonne proportion d'entre eux ont également des traumas d'une toute autre nature.

Au plan méthodologique, les chercheurs devraient envisager idéalement un protocole expérimental de type RCT, en double-aveugle, avec une bonne taille d'échantillon (≥ 30 participants), des mesures de suivis prédéterminées de même que des variables d'intérêt bien définies et opérationnalisées afin de pallier aux divers biais présents dans la présente recension systématique. Par ailleurs, il faudrait prévoir des procédures afin de s'assurer que les thérapeutes dans les études respectent l'intégrité du traitement en question. Parallèlement au processus décisionnel concernant le choix du design de leur étude, le fait d'aller consulter a priori les critères d'évaluation du risque de biais de la *Cochrane Collaboration* pourrait être un bon réflexe à prendre pour minimiser le plus possible l'impact que certains biais méthodologiques viennent nuire à la

qualité de l'étude de traitement. Plus la qualité méthodologique est grande, plus la validité interne de l'étude devrait être importante et plus solides devraient être les conclusions portant sur l'efficacité d'un traitement. Également, plutôt que d'opter pour des items de questionnaires ou des observations cliniques, il serait préférable d'envisager des choix d'instruments de mesure avec une bonne validité de construit²⁸ concernant les symptômes nocturnes. Par conséquent, le *Nightmare Frequency Questionnaire* (NFQ ; Krakow et al., 2002), le *Nightmare Distress Questionnaire* (NDQ; Belicki, 1992) et le *Nightmare Effects Survey* (NES ; Krakow et al., 2000; mesurant la détresse et l'altération du fonctionnement associée aux cauchemars), le *Trauma-Related Nightmare Survey* (TRNS; Davis & Wright, 2001) sont tous des outils pertinents pour mesurer les cauchemars. L'*Index de sévérité de l'insomnie* (ISI; Bastien, Vallières, & Morin, 2001), le *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989), le *PSQI-Addendum* (Germain, Hall, Krakow, Shear, & Buysse, 2005), l'*Échelle de croyances et d'attitudes concernant le sommeil* (CAS; Morin & Savard, 2002) sont tous des outils appropriés pour investiguer les symptômes d'insomnie, pour statuer sur la qualité du sommeil subjective, etc. Ceci dit, il faut retenir que les mesures rétrospectives (et auto-rapportées) ont tendance à sous-estimer la fréquence des cauchemars en raison d'un biais de rappel (Robert & Zadra, 2008). Des mesures prospectives devraient être envisagées telles que l'*Agenda de sommeil* et le *Journal de rêves* étant à remplir à chaque matin au réveil avant, pendant et quelques temps après l'étude. Ces agendas et journaux devraient être accompagnés d'indices (de choix de réponse) afin de faciliter le rappel du contenu onirique par exemple, plutôt que d'utiliser une mesure de type narratif (laissant libre recours à la mémoire). À cet effet, les travaux de recherche de Robert (2013) soulèvent que *«la mesure qui est la plus directe et qui à la fois minimise les biais attentionnels et motivationnels est le journal de rêves à choix de réponse. Bien qu'il comporte un très bref effet d'augmentation de la FRR (fréquence de rappel du rêve) au cours des premières journées, cet effet se dissipe rapidement et est suivi d'une relative stabilité. Une durée minimale de 14 jours, tel que suggéré par Schredl et Fulda (2005) semble effectivement requise pour obtenir une FRR stable »*. À l'opposé, les autres instruments de mesures comporteraient des biais. Les journaux narratifs ne comporteraient qu'un sous-ensemble des rêves remémorés, à savoir les plus saillants et facilement récupérables en mémoire alors que les mesures rétrospectives peuvent être davantage biaisées par différentes représentations cognitives reliées aux rêves (ex. comme l'attitude qu'on a envers les rêves ou l'idée que l'on se fait de soi comme étant une personne qui rêve peu ou beaucoup) de même que par les facultés mnésiques qui s'amenuisent (tendance à sous-estimer ou surestimer la fréquence de rappel

²⁸ Ces questionnaires sont fournis en fin de document, voir Annexes N à Z.

des rêves) avec le passage du temps (Robert, 2013). Les indices inclus dans les journaux de rappel des rêves pourraient être fournis en donnant des catégories (e.g. thèmes en lien avec la sexualité, l'agressivité, les amitiés, les personnages, les émotions, etc.) telles que décrites dans le système de cotation du contenu onirique de Hall et Van de Castle (Domhoff, 1999). En plus d'avoir des mesures standardisées autorapportées ou hétérorapportées, il serait bien d'envisager la possibilité d'avoir recours à des mesures objectives de sommeil telle que la PSG (incluant plusieurs mesures électrophysiologiques pour l'activité cérébrale, cardiaque, oculaire, musculaire, respiratoire, etc.) ne serait-ce que pour dépister au *baseline* la présence éventuelle d'autres troubles du sommeil telles que l'apnée du sommeil, les syndrome des jambes sans repos, le mouvement périodique des jambes, etc. À ce sujet, Krakow et collaborateurs (2000) indiquent que 52% de leur échantillon composé de 156 VAS souffraient de troubles respiratoires en sommeil en plus d'insomnie. Il s'avère pertinent d'évaluer cet aspect étant donné qu'il influe lui aussi sur la qualité générale du sommeil. Une option plus écologique s'offre également aux chercheurs via l'utilisation de l'actigraphie permettant d'enregistrer de façon objective certains paramètres du sommeil d'une personne directement dans son environnement naturel (sa chambre à coucher). Cette option est d'autant plus intéressante considérant que le cauchemar serait un comportement appris (selon sa conceptualisation cognitive-comportementale) et qui serait intimement lié à l'environnement de sommeil de la VAS. Enfin, pour pallier aux enjeux liés aux difficultés de recrutement des VAS, ce pourrait être judicieux de travailler en étroite collaboration avec des cliniques spécialisées auprès de cette clientèle. Celles-ci pourraient agir à titre d'agent de liaison entre l'expérimentateur et le participant et ainsi assurer une prise en charge continue et une observance optimale au traitement étudié.

En termes de pistes de recherches futures, tel que proposé par Levrier (2015), il serait bien de procéder à une étude observationnelle de type longitudinal pour suivre les individus ayant tout juste subi un traumatisme (ex. via un service de santé mentale de première ligne) afin de déterminer si le cauchemar survient en premier, en même temps que l'ÉSPT ou encore, après l'ÉSPT dans le temps et ainsi déterminer si le cauchemar est une condition primaire, secondaire ou de maintien de l'ÉSPT. Statuer sur cette question permettrait de mieux situer la place d'un traitement axé sur les symptômes nocturnes (comme la RRIM) dans une séquence de traitement (e.g. TCC-axé sur le trauma + TCC-I + RRIM) chez une personne souffrant d'un ÉSPT.

Ensuite, bien que les mécanismes d'action de la prazosine soient bien connus, ceux de la RRIM et d'autres TCC adressées aux symptômes posttraumatiques nocturnes (e.g. ERRT) demeurent relativement peu connus à ce jour. Quelques chercheurs (Germain et al., 2004 ; Rousseau, Dubé-Frenette et Belleville, 2014; Rousseau & Belleville, 2017) se sont intéressés à la

question et indiquent que le sentiment de contrôle ou de maîtrise communément appelé la perception d'efficacité personnelle (PEP) est un facteur contributif important de l'efficacité de la RRIM. À partir de leur très récente étude de RRIM chez les VAS réalisée à l'Université Laval, Rousseau & Belleville (2017) suggèrent que l'amélioration de la qualité du sommeil et la réduction de l'insomnie seraient partiellement dû à un mécanisme d'action thérapeutique spécifique, notamment la conviction d'avoir du contrôle sur son propre contenu onirique. La PEP découlerait d'un construit plus global, à savoir le traitement émotionnel des structures de peur surgissant dans les cauchemars. Également, un autre essai clinique est en cours actuellement par l'équipe de Davis et collaborateurs (projet d'essai clinique du NIH NCT02236377), mais porte cette fois-ci sur les mécanismes de changements derrière chacune des composantes de l'ERRT afin d'en connaître les tenants et aboutissants. Ensuite, d'autres études de traitement pourraient être réalisées auprès de populations infantiles VAS considérant que les deux tiers des abus sexuels surviennent durant l'enfance-adolescence. À ce sujet, un autre essai clinique est en cours sur la faisabilité de l'ERRT chez les enfants (projet d'essai clinique du NIH NCT01776229 par Cromer et son équipe).

Plusieurs autres questions cliniques sont pertinentes et mériteraient qu'on s'y attarde davantage : La RRIM est-elle un adjuvant thérapeutique efficace aux thérapies usuelles de l'ÉSPT ? La RRIM combinée à une TCC pour l'insomnie est-elle plus efficace qu'administrée seule ? L'efficacité d'une intervention adressée aux cauchemars et perturbations du sommeil posttraumatiques dépend-t-elle de la nature, de la fréquence ou du niveau de sévérité de l'abus sexuel ? Dans un même ordre d'idées, Dubé-Frenette (2017) indique que l'âge de la VAS au moment de l'abus contribuerait à la sévérité des symptômes posttraumatiques diurnes et nocturnes (ex. au niveau de la détresse associée aux cauchemars) alors que le nombre d'agresseurs sexuels contribuerait à la fréquence des symptômes diurnes et nocturnes de l'ÉSPT. Ainsi, certaines caractéristiques entourant le trauma sexuel seraient des facteurs contributifs importants à prendre en compte lors du traitement de la symptomatologie posttraumatique à la fois diurne et nocturne. Outre ces avenues de recherche à investiguer, des études de réplification sont également requises (par des équipes de chercheurs autres que celles des fondateurs d'une intervention) afin de déterminer l'efficacité absolue d'un traitement en employant, par exemple, un groupe contrôle inactif (e.g. liste d'attente, groupe d'attention minimale). Il serait intéressant aussi d'envisager des études randomisées contrôlées chez les VAS pour comparer l'efficacité relative d'une intervention psychologique (e.g. RRIM) versus une intervention pharmacologique (ex. prazosine) ou encore pour comparer deux interventions psychologiques (e.g. RRIM vs LDT) sur la réduction des cauchemars et des perturbations de sommeil. Outre les thérapies actuelles qui sont essentiellement de nature cognitive-comportementale, qu'en est-il de l'efficacité des thérapies de nature

psychodynamique ou humaniste-existentialiste pour traiter les symptômes posttraumatiques nocturnes ?

Enfin, des études pourraient aussi ajouter des mesures physiologiques afin de supporter l'efficacité de leur intervention thérapeutique. Par exemple, au cours de la nuit, la PSG pourrait servir à identifier les périodes d'éveils ou de micro-éveils (reliées aux paramètres du SP) occasionnées par les cauchemars afin de procéder à des prélèvements de cortisol (l'hormone du stress). Ces échantillons biologiques permettraient d'avoir des mesures objectives du niveau de détresse de l'organisme lorsqu'il est exposé au contenu cauchemardesque de même que de l'évolution des perturbations du sommeil en cours de traitement. Ces niveaux de cortisol mesurés pourraient être comparés avant, pendant et après l'intervention afin de voir si l'intervention apporte des changements positifs sur la neurophysiologie de la victime. Il s'agirait d'une technique d'investigation pertinente à privilégier considérant que les interventions psychologiques et pharmacologiques agiraient toutes les deux sur ce dénominateur commun qu'est l'hyperactivité neurophysiologique sous-entendant l'ÉSPT (Sherin & Nemeroff, 2011).

4.2. Implications pour la clinique

Tel qu'abordé brièvement dans la section précédente, les cliniciens ont un rôle essentiel à jouer dans les interventions thérapeutiques effectuées auprès des VAS. En fait, plusieurs obstacles rendent difficile le dévoilement d'un abus sexuel comme le sont les émotions négatives découlant de l'abus (la culpabilité, la colère, le dégoût, la peur de représailles, la peur de perdre l'amour du parent abuseur ou non-abuseur, la méfiance relationnelle, les enjeux de personnalité, les conduites de mise en échec, le fort potentiel suicidaire, les symptômes d'évitement de l'ÉSPT), ce qui rend indispensable le travail du clinicien. Il est plausible de croire que l'efficacité d'une intervention ne dépend pas uniquement du traitement à lui seul, mais aussi des variables associées à la VAS elle-même (e.g. aspects motivationnels, degré de résilience, personnalité), des variables associées au thérapeute (e.g. style d'approche thérapeutique, accent mis sur l'alliance thérapeutique) et d'un cocktail de tout cela mélanger ensemble. Le clinicien/thérapeute en pratique est celui qui a non seulement un savoir, mais un savoir-être, un savoir-dire et un savoir-faire pour interagir adéquatement avec des patients/participants impactés souvent d'un lourd bagage psychiatrique. En ce sens, cette recension systématique a pour but de sensibiliser les cliniciens à disséminer de meilleures pratiques afin d'une part, évaluer de manière plus systématique les manifestations cliniques nocturnes et, d'autre part, de connaître les avenues possibles au sujet des interventions

adressées aux symptômes nocturnes posttraumatiques chez les VAS²⁹. Les VAS ne se sentant pas disposées à investir du temps, de l'argent et de l'énergie dans un processus psychothérapeutique pourraient préférer l'option médicamenteuse (e.g. prazosine). Cela dit, l'avenue pharmacologique peut présenter substantiellement certaines limitations au plan des indications, contre-indications, effets secondaires en fonction de la molécule prescrite. De surcroît, les évidences scientifiques ont démontré qu'une fois la médication interrompue, il ne serait pas rare d'observer une résurgence des symptômes posttraumatiques nocturnes (Moore & Krakow, 2010, Resick et al., 2003). Ainsi, il apparaît plus avantageux d'opter pour une psychothérapie (e.g. RRIM, ERRT) pour assurer des gains thérapeutiques qui se maintiennent dans le temps (David et al., 2003; 2005; Krakow et al., 2001a; Kroese et al., 2006; Pruiksma et al., 2015).

À la lecture de cette recension, un clinicien averti travaillant avec des VAS devrait être éclairé sur le rôle non-négligeable, pour ne pas dire central, des symptômes nocturnes associés à l'événement traumatique. À ce sujet, Mannarino & Cohen (1986) indiquent que les cauchemars récurrents chez les enfants et adolescents représentent souvent un signe annonciateur qu'il y a eu un abus sexuel par le passé. Par conséquent, les cliniciens devraient prendre le réflexe d'évaluer ne serait-ce que sommairement les symptômes nocturnes chez leurs patients. De plus, les observations des cliniciens reposent sur un jugement et sur une expertise clinique de sorte qu'ils peuvent apporter des ajouts pertinents et substantiels à la recherche. Bien qu'un expérimentateur ne puisse pas baser l'efficacité de son étude de traitement sur les propos d'un thérapeute (pour éviter l'introduction de biais), celui-ci peut tout de même prendre en considération les commentaires, suggestions, constatations des cliniciens pour adapter son protocole de traitement par exemple afin qu'il corresponde mieux à la réalité clinique des VAS (e.g. indications, contre-indications, etc.) En somme, un travail complémentaire entre le chercheur et le clinicien serait profitable pour tout le monde, mais surtout pour le patient/participant.

Cette recension représente aussi une opportunité au clinicien en lui procurant un accès rapide à une recherche exhaustive, détaillée et systématique afin de trouver éventuellement des réponses à ses questionnements cliniques. Les études primaires recensées comprennent des descriptions de cas cliniques, ce qui peut aider le thérapeute à voir si une étude correspond au profil clinique de son/ses patient(s). Certaines questions peuvent également aider le clinicien à adopter l'option de soins la plus appropriée et judicieuse à une circonstance clinique donnée : la recension comprend-elle de l'information concordante avec certaines similitudes de mon ou ma patiente ? Les options thérapeutiques et les répercussions cliniques sont-elles spécifiées ? Tous les bénéfices,

²⁹ Bien vouloir consulter la proposition d'algorithme de traitement de la thèse de Levrier (2015) en Annexe AB.

les effets secondaires et les risques en termes de santé ont-ils été pris en considération ? Si oui, les bienfaits thérapeutiques d'un traitement contre-balancent-ils ses effets adverses ? Ai-je les ressources nécessaires (matériel, financement, etc.) pour implanter ce traitement dans mon milieu clinique ?

En somme, cette recension relève tout de même des effets thérapeutiques intéressants en matière de réduction de cauchemars et de perturbations de sommeil chez les VAS via la RRIM, l'ERRT, la prazosine et un protocole de traitement séquentiel combinant la CPT suivi d'une ERRT. Ces interventions s'avèrent être accessibles, efficaces, peu coûteuses et de courte durée. Toutefois, un encadrement doit être fourni régulièrement à la VAS qui manque parfois de motivation pour aller jusqu'au bout du traitement (rappelons le taux élevé d'abandon thérapeutique chez les VAS dans les études). Il y a toujours la nécessité aussi d'adapter certaines techniques en fonction de la formulation de cas clinique qui se trouve dans notre pratique tout en s'assurant de faire ressortir les mécanismes d'action inhérents au traitement (s'ils sont connus) afin de miser sur son efficacité.

4.3. Implications légales et gouvernementales

En plus des implications pour la recherche et la pratique clinique, ce projet revêt également des pistes de réflexion pour les décideurs législatifs et les gestionnaires de programmes gouvernementaux concernant la *Loi sur l'indemnisation aux victimes d'actes criminels* (IVAC; Ministère de la Justice, 1988). Il serait pertinent que le Ministère de la Justice accorde davantage d'investissements dans le Fonds d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels (FAVAC) afin de continuer d'assurer le maintien optimal du fonctionnement des Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) et des Centres d'aides et de luttes contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) partout dans la province. À cet effet, des modifications législatives seraient de mise, notamment à l'article 12 de la *Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels*, afin d'ajouter des situations où un versement au FAVAC serait obligatoire. Rappelons que dans certains cas³⁰, les agresseurs doivent eux-mêmes verser un montant servant ultimement aux victimes d'actes criminels à la suite de leur déclaration de culpabilité. Or, sur chaque contribution perçue de l'agresseur, seuls les premiers 10 \$ sont portés au crédit du FAVAC institué en vertu de la Loi sur l'IVAC³¹. À la lecture de la présente recherche mettant en lumière à la fois les conséquences de l'abus sexuel et les manquements dans le traitement de la symptomatologie posttraumatique nocturne, il serait approprié de revoir ces montants qui apparaissent insuffisants pour répondre aux besoins grandissants des victimes d'actes

³⁰ *Code de procédure pénale*, RLRQ c A-13.2, art.8.1.

³¹ *Idem*

criminels en matière de soins psychologiques. Les rapports annuels de 2016 et 2017 de l'IVAC indiquent que le nombre de demandes d'indemnisations reçues a doublé au Québec (de 3932 à 9594 demandes) entre 2000 et 2015 (IVAC, 2016; 2017). Cette augmentation de demandes est principalement expliquée par le fait que « *les organismes œuvrant dans le domaine sont mieux informés de nos services et les font connaître à la clientèle dès le début du processus judiciaire. Diverses associations de personnes ou de proches des victimes multiplient les représentations auprès du gouvernement et sur la place publique en vue de sensibiliser la population aux besoins des personnes victimes d'un acte criminel* » (IVAC, 2016). Au cours des deux dernières années, les VAS de natures diverses représentaient, à elles seules, 25 à 26% de ces demandes d'aide (n = 1791 en 2016 et n=1347 en 2017). La présente recherche est donc un moyen efficace pour conscientiser non seulement les procureurs de la Direction des poursuites criminelles et pénales (DPCP), mais également les nombreux juges de notre système judiciaire de l'importance de ces fonds et des prestations y étant versées.

Également, un investissement optimal permettrait de poursuivre le financement accordé aux VAS en vue d'une couverture totale de remboursements des traitements psychologiques au privé (quand ceux-ci s'avèrent nécessaires). Plus précisément, une continuation dans le financement actuel et une réorientation des services thérapeutiques permettraient de mieux considérer la prise en charge la symptomatologie posttraumatique nocturne chez les victimes. Bien que les CAVACS et CALACS sont des services de relation d'aide de première ligne adressés aux victimes, à leurs proches de même qu'aux témoins du crime, les membres du personnel qui sont habilités pour intervenir auprès d'eux n'ont pas toujours la formation ni les ressources nécessaires pour faire de la psychothérapie au moyen-long terme. Essentiellement, ils ont pour mandat d'offrir de l'intervention psychosociale, de l'information sur les droits et recours et de l'accompagnement dans les démarches psychosociojudiciaires (CAVAC, 2017). Par conséquent, ils doivent plus souvent qu'autrement référer les victimes vers des services davantage spécialisés et adaptés pour recevoir un traitement. Actuellement, les professionnels en santé mentale habilités, disponibles et accessibles pour recevoir cette clientèle posttraumatique le plus rapidement possible se trouvent surtout dans le secteur privé en raison des longs délais d'attente (plusieurs mois) dans le réseau public de la santé (Le Soleil, 2016; Le Devoir, 2017). De 2014 à 2015, l'IVAC indique avoir eu une augmentation de 20,6% des prestations versées en termes de réadaptation (ce qui inclut essentiellement les frais des services psychothérapeutiques). En effet, il y a eu 6464 en 2014, 7109 en 2015 et 7452 personnes indemnisées (victimes et proches) en 2016 qui ont bénéficié d'un suivi en psychothérapie. De surcroît, on rapporte une hausse de 40% entre 2014 et 2015 du nombre de proches de victimes ayant nécessité une psychothérapie (IVAC, 2016). En 2016, le total des

montants remboursés pour les soins psychothérapeutiques aux proches de victimes se situe à 203 648 \$, représentant une augmentation de 17,7 % par rapport à 2015 (IVAC, 2017). Force est de constater une augmentation des demandes de services thérapeutiques pour la santé mentale des victimes de même que de leur entourage immédiat depuis les dernières années. Ce constat semble s'expliquer, entre autres, en raison d'une meilleure diffusion de l'information concernant l'accès à l'IVAC dans la population générale. Les montants déboursés par l'IVAC au cours des trois dernières années en termes de réadaptation (essentiellement les soins psychothérapeutiques) sont les suivants : 11 881 406 \$ (2014), 14 330 078 \$ (2015) et 14 340 640 \$ (2016). Bien que l'IVAC ne rapporte pas spécifiquement la moyenne de séances de psychothérapie utilisées par personne indemnisée (victime ou proche), elle mentionne toutefois rembourser jusqu'à un maximum de 52 séances individuelles de psychothérapie d'une durée de 60 minutes (1 fois /semaine) par dossier de victime indemnisée (IVAC, 2016). Dans la même veine, un maximum de 25 séances de psychothérapie sont permises dans leur intégralité pour un proche de victime indemnisée et ce, depuis le 30 août 2012 (IVAC, 2014; RLRQ, chapitre I-6, r. 2). La psychothérapie prodiguée se doit d'être en lien avec le trauma. Par ailleurs, plusieurs études empiriques ont démontré que la thérapie cognitive-comportementale usuelle axée sur le trauma (démontrée empiriquement comme étant une thérapie basée sur les meilleures pratiques) s'échelonne habituellement sur 12 à 15 rencontres en moyenne (lorsqu'il s'agit d'un seul trauma) pour traiter la symptomatologie posttraumatique diurne (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010; Bisson & Andrew, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2005). Il resterait donc suffisamment de séances psychothérapeutiques pour traiter la symptomatologie posttraumatique nocturne, notamment à titre d'exemple, à l'aide de la RRIM avec approximativement 5 rencontres pour traiter les cauchemars posttraumatiques (Casement & Swanson, 2012; Nappi et al., 2010; Aurora et al., 2010), et la TCC-I avec environ 5 sessions (de 60 à 90 minutes) pour traiter l'insomnie et augmenter la qualité du sommeil (Casement & Swanson, 2012; Swanson, Favorite, Horin, & Arnedt, 2009; DeViva et al., 2005).

En plus de la nécessité d'investir dans les services offerts aux victimes (et à leurs proches), il serait essentiel d'investir, d'emblée, plus sérieusement dans la recherche en matière d'évaluation et d'intervention auprès d'elles. Le 17 mars 2016, M. Marco Bélair-Cirino, correspondant parlementaire à Québec a rapporté dans son article que « *Le ministère de la Justice a contracté les dépenses financées par le fonds d'aide destiné aux personnes ayant subi une atteinte à [leur] intégrité physique ou psychologique lors d'un acte criminel dans la foulée des « mesures de réduction des dépenses demandées par le gouvernement » [...]. Il a notamment mis en veilleuse le programme de subvention pour favoriser la recherche, l'information, la sensibilisation et la*

formation en matière d'aide aux victimes d'actes criminels au cours des deux dernières années. »

Ce programme est régi à la base par l'article 15 de la *Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels* et il permettait d'offrir ultimement les fonds nécessaires à toute personne ou organisme permettant de faire avancer la recherche en matière d'aide accordée aux victimes de même que pour réaliser et diffuser des programmes de sensibilisation, d'information ou de formation. Comment faire pour étudier et réduire significativement les conséquences et les coûts d'une problématique de santé publique (telle que la victimisation sexuelle) si l'on gèle au départ le financement du développement de la recherche sur le sujet ?

En somme, en prenant connaissance des résultats thérapeutiques qui apparaissent prometteurs actuellement, cette recherche permet de mieux conscientiser le Ministère de la Justice et ses collaborateurs à propos des conséquences néfastes des symptômes posttraumatiques nocturnes et de la pertinence de poursuivre l'investissement dans le FAVAC afin que les victimes puissent recevoir ultimement un traitement psychologique plus «global», mais aussi d'injecter a priori davantage de financement pour la recherche. Traiter la symptomatologie posttraumatique dans une perspective entière (diurne et nocturne) chez la victime permettrait un rétablissement optimal et un retour à un épanouissement personnel plus rapide, voire même plus durable (Casement & Swanson, 2012). Dans une perspective systémique-transactionnelle, rappelons aussi qu'il s'agirait d'un rétablissement à la fois familial, social et sociétal où les bénéfices de cet investissement seraient multiples et optimaux. Par exemple, il a été démontré empiriquement à de maintes reprises qu'une bonne qualité du sommeil était corrélée positivement à une plus grande productivité au travail, à une meilleure santé physique et mentale ainsi qu'à une meilleure qualité de vie personnelle et interpersonnelle (Kyle, Morgan, & Espie, 2010; Drummond, Paulus, & Tapert, 2006).

4.4. Forces et limites de la recension systématique

Cette recension systématique comporte elle aussi certaines limites méthodologiques. Premièrement, elle possède un petit nombre d'études considérées avec une qualité méthodologique adéquate (n= 5), ce qui vient diminuer considérablement la portée des résultats en ce qui a trait à l'efficacité certaine des traitements recensés. En ce sens, étant donné qu'une étude secondaire (recension systématique ou méta-analyse) dépend de la qualité méthodologique des études qui la composent, force est de constater que le fruit de cette recherche comporte une portée limitée en termes de résultats et d'interprétations. Également, l'évaluation méthodologique de chacune des études a été effectuée seulement par l'expérimentateur principal, ce qui a pu amener un biais subjectif dans la cotation des critères méthodologiques. La *Cochrane Collaboration* recommande

d'être deux codificateurs habituellement. La sélection des études primaires a été réalisée partiellement aussi par l'expérimentateur principal. Toutefois, la diversité et l'exhaustivité des stratégies de collecte de données répétées à deux reprises contribueraient à amenuiser l'impact de cette lacune. De plus, la recension ne comporte pas d'évaluation systématique du biais de publication. Cela dit, il ne semble pas y avoir un biais en faveur des études avec des résultats significatifs considérant le fait que la majorité des études primaires incluses (e.g. études de cas) ayant été retenues à travers les banques de données et la littérature grise ont une pauvre qualité méthodologique.

Au plan des forces, outre la diversité et l'exhaustivité de la collecte de données (publiées et non-publiées), un effort soutenu a été mis en avant-plan pour demeurer le plus objectif et transparent possible tout au long de ce travail de recension en permettant à de futurs chercheurs de répliquer ce travail. Une question claire (bien opérationnalisée) a été spécifiée, la stratégie de recherche documentaire est complète et explicite, la sélection des études a été faite selon des critères de sélection prédéfinis, décrits et pertinents. Pour être reproductible et réduire au maximum la subjectivité du lecteur, l'étape de codification et d'extraction de données s'est faite par trois codificateurs indépendants qui ont reçu une formation préalable, avec l'utilisation d'une grille standardisée pour toutes les études recensées et avec globalement un indice fort d'entente inter-juges qui en est ressorti (0,93). Les divergences dans les réponses extraites ont été éliminées a posteriori en se concertant. La méthode d'évaluation du risque de biais est précise et reproductible. Enfin, la recension comprend des études réparties sur trois continents différents : 17 études proviennent d'Amérique du Nord, 1 étude a été réalisée au Brésil, 1 étude a été réalisée en Italie, 1 étude provient des Pays-Bas et 2 études ont été effectuées au Royaume-Uni. Cette dernière force suggère donc la présence d'une certaine validité écologique dans cette recension systématique.

5. CONCLUSION

Il s'agissait, sous toutes réserves, de la toute première recension systématique visant à documenter l'efficacité des traitements des cauchemars et des perturbations de sommeil adressés à une population de VAS. En raison de la forte hétérogénéité omniprésente entre les études primaires recensées de même que la pauvre qualité méthodologique globale ressortant de la plupart d'entre elles, il s'avérerait précoce et peu judicieux d'effectuer une méta-analyse sur le sujet à l'heure actuelle. Des études de réplication de traitements s'imposent avec un plus grand bassin de VAS et ce, par d'autres chercheurs que ceux qui ont contribué à créer initialement une intervention en particulier avant de réaliser une analyse quantitative des résultats entre les études. Cela permettra ultimement de statuer sur l'efficacité entre les divers traitements offerts aux VAS pour traiter leurs cauchemars récurrents et leurs perturbations de sommeil qui persistent au-delà des thérapies usuelles de l'ÉSTP. Néanmoins, l'efficacité thérapeutique actuelle de certains traitements de la symptomatologie posttraumatique nocturne, notamment la RRIM et la prazosine, a été assurément démontrée dans de nombreuses revues méta-analytiques chez une population posttraumatique plus large (George et al., 2016; Brownlow et al., 2015; De Berardis et al., 2015; Seda et al., 2015; Nardoff et al., 2014; Augehal et al., 2013; Hansen et al., 2013; Kung et al., 2012; Nappi et al., 2012; Aurora et al., 2010).

Considérant que l'abus sexuel peut survenir peu importe le profil sociodémographique (l'âge, le sexe, la culture, le pays, etc.), que les statistiques officielles ne représentent que la pointe de l'iceberg des VAS et que les symptômes posttraumatiques nocturnes tendent à maintenir la victime dans un état de déséquilibre biopsychosocial, force est de constater que le trauma sexuel est un des traumatismes les plus prévalents et handicapants dans le monde. Il mérite qu'on y attarde une attention particulière autant dans le domaine de la recherche, de la pratique clinique que celui des instances gouvernementales qui devraient injecter davantage de fonds autant dans les organismes subventionnaires pour l'avancement de la recherche que pour les institutions communautaires et parapubliques œuvrant auprès des VAS.

L'abus sexuel est le type de trauma correspondant au plus grand taux de diagnostics d'ÉSTP (Hapke et al., 2006). De surcroît, étant donné que le trauma sexuel survient au moment du coucher ou pendant la nuit pour beaucoup de VAS, les difficultés nocturnes en découlant seraient encore plus fortement ancrées que celles que l'on retrouve dans les autres types de traumas et susciteraient donc une attention particulière dans leur traitement (Pruiksma et al., 2015). Quoiqu'il en soit, la conjoncture entre les domaines du trauma sexuel, du sommeil et des options thérapeutiques y étant reliées demeurent encore aujourd'hui un terrain fertile à investiguer.

RÉFÉRENCES

- Agargun, M. Y., Cilli, A. S., Sener, S., Bilici, M., Ozer, O. A., Selvi, Y., & Karacan, E. (2004). The Prevalence of Parasomnias in Preadolescent School-aged Children: A Turkish Sample. *Journal of Sleep and Sleep Disorders Research, 27*(4), 701-705.
- Ahmadpanah, M., Sabzeiee, P., Hosseini, S. M., Torabian, S., Haghghi, M., Jahangard, L., ... & Brand, S. (2014). Comparing the effect of prazosin and hydroxyzine on sleep quality in patients suffering from posttraumatic stress disorder. *Neuropsychobiology, 69*(4), 235-242.
- Alao, A., Selvarajah, J., & Razi, S. (2012). The use of clonidine in the treatment of nightmares among patients with co-morbid PTSD and traumatic brain injury. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 44*(2), 165-169.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Sleep Disorders Association (2014). *ICSD-III International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. Chicago, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Ancoli-Israel S., & Roth, T. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep, 22*(Suppl. 2), 347-353.
- Antal, H. M. (2005). *The psychological and physical impact of writing about childhood abuse*. (65), ProQuest Information & Learning, US.
- Augedal, A. W., Hansen, K. S., Kronhaug, C. R., Harvey, A. G., & Pallesen, S. (2013). Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews, 17*(2), 143-152.
- Aurora, R.N., Zak, R.S., Auerbach, S.H., Casey, K.R., Chowdhuri, S., Karippot, 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.
- Babson, K. A., & Feldner, M. T. (2010). Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and PTSD: a critical review of the empirical literature. *Journal of anxiety disorders, 24*(1), 1-15.

- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P. (2005). Predictors of Trauma Symptomatology in Sexually Abused Adolescents A 6-Month Follow-Up Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(11), 1390-1405.
- Baril, K., & Tourigny, M. (2009). La violence sexuelle envers les enfants. Dans M.E. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp.145-160). Anjou: Éditions CEC.
- Barrett, D. (1996). *Trauma and dreams*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Basile, K.C., & Saltzman, L.E. (2002). *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Bastien, C.H., Vallières, A., & Morin, C.M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.
- Bee, H. L., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie: psychologie du développement humain*. ERPI.
- Bélaïr-Cirino, M. (2016). Des sommes destinées aux victimes utilisées pour atteindre l'équilibre budgétaire. *Le Devoir*. Récupéré à partir de : <http://www.ledevoir.com/non-classe/465728/justice-des-sommes-destinees-aux-victimes-utilisees-pour-atteindre-l-equilibre-budgetaire>
- Belicki, K. (1992). The relationship of nightmare frequency to nightmare suffering with implications for treatment and research. *Dreaming*, 2(3), 143–148. doi:10.1037/h0094355
- Belleville, G., & Dubé-Frenette, M. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia and Nightmares in PTSD.
- Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M. E., & Marchand, A. (2010). The impact of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 379-86.
- Berardis, D. D., Marini, S., Serroni, N., Iasevoli, F., Tomasetti, C., de Bartolomeis, A., ... & Pompili, M. (2015). Targeting the noradrenergic system in posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prazosin trials. *Current drug targets*, 16(10), 1094-1106.
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Kinrys, G., Fontenelle, L. F., Marmar, C. R., & Figueira, I. (2009). Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic

- stress disorder: a systematic review. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 33(2), 169-180.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Review*, 18(3), 1-110.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression & Violent Behavior*, 6(2-3), 203-229.
- Blake, D. D. (1994). Rationale and development of the Clinician-Administered PTSD Scales. *PTSD Research Quarterly*, 5(2), 1-2.
- Brkanac, Z., Pastor, J. F., & Storck, M. (2003). Prazosin in PTSD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 384-385.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brownlow, J. A., Harb, G. C., & Ross, R. J. (2015). Treatment of sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: a review of the literature. *Current psychiatry reports*, 17(6), 1-10.
- Butchart, A., Garcia-Moreno, C., & Mikton, C. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D., & Cox, A. (1998). Psychological disturbances and child sexual abuse: A follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 22, 901-913.
- Cartwright, R., & Lamberg, L. (2000). *Crisis dreaming: Using your dreams to solve your problems*. IUniverse.
- Cartwright, R., Lutten, A., Young, M., Mercer, P., & Bears, M. (1998). Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: a study of normal volunteers. *Psychiatry Research*, 81(1), 1-8.
- Cartwright, R. (2011). A network model of dreams. *Sleep and cognition*, 179-189. doi:10.1037/10499-013
- Casement, M. D. & Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for posttrauma nightmares: Effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 566-574. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.002

- Cellucci, A. J., & Lawrence, P. S. (1978). The efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9(2), 109-114.
- Clum, G. A., Nishith, P., & Resick, P. A. (2001). Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(9), 618.
- Coelho, G. A., Rodrigues, E., Andersen, M. L., Tufik, S., & Hachul, H. (2013). Psychotherapy Improved the Sleep Quality in a Patient Who Was a Victim of Child Sexual Abuse: A Case Report. *Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3146-3150.
- Collin-Vezina, D., De La Sablonniere, M., Silva, D., & Tourigny, M. (2011). *Nouvelles perspectives sur l'influence des processus de dévoilement et de rétention des dossiers d'agression sexuelle sur le nombre de victimes connues des autorités*. Conférence présentée au Congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS).
- Counsell, C. (1997). Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. *Annals of Internal Medicine*, 127(5), 380-387.
- Cuddy, M. A., & Belicki, K. (1992). Nightmare frequency and related sleep disturbance as indicators of a history of sexual abuse. *Dreaming*, 2(1), 15.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child abuse & Neglect*, 34(11), 813-822.
- Cyr, M., & Payer, M. (2011). Les interventions curatives auprès des adultes ayant été victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance. *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome 1*, 303-332.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (2006). Prevalence and predictors of dating violence among adolescent female victims of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(8), 1000-1017.
- Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2012). *La prévalence et la prévention de l'agression sexuelle envers les enfants et les adolescents*. Cahier de recherche et de pratique publié par l'Ordre des psychologues du Québec, 2 (1), 20-23.
- Darves-Bornoz, J. M. (2000). Dans le champ du traumatisme: paradigme et point singulier des violences sexuelles. Dans A. Ciavaldini, & C. Balier. *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris Éd. Masson, 19-25.

- Davis, J. L., De Arellano, M., Falsetti, S., & Resnick, H. (2003). Treatment of nightmares related to post-traumatic stress disorder in an adolescent rape victim. *Clinical Case Studies*, 2(4), 283-294. doi:10.1177/1534650103256289
- Davis, J. L., Rhudy, J. L., Pruiksma, K. E., Byrd, P., Williams, A. E., McCabe, K. M., & Bartley, E. J. (2011). Physiological predictors of response to exposure, relaxation, and rescripting therapy for chronic nightmares in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(6), 622-631.
- Davis, J.L., & Wright, D.C. (2005). Case series utilizing Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy: Impact on nightmares, sleep quality, and psychological distress. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 151-157.
- Davis, J.L., & Wright, D.C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 123-133.
- Davis, J.L., & Wrights, D.C. (2006). Exposure, Relaxation, and Rescripting Treatment for trauma-related nightmares. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 5-18.
- Davis, J. L., Wright, D. C., & Borntrager, C. (2001). *The Trauma-Related Nightmare Survey*. Unpublished measure, University of Tulsa, Tulsa, USA.
- De Koninck, J., Forest, G., & Lortie-Lussier, M. (2012). Le traitement cognitivo-comportemental des cauchemars et le cas particulier de l'état de stress post-traumatique. *Médecine du Sommeil*, 9(3), 101-109.
- DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of residual insomnia after CBT for PTSD: case studies. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 155-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20015>
- Diekelmann, S., Wilhelm, I., & Born, J. (2009). The whats and whens of sleep-dependent memory consolidation. *Sleep medicine reviews*, 13(5), 309-321.
- Dieperink, M. E., & Drogemuller, L. (1999). Zolpidem for insomnia related to PTSD. *Psychiatric Services*, 50(3), 421-421.
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse, *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333.
- Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). (2016). *Guide à l'intention des fournisseurs de services de psychothérapie*. Récupéré à partir de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Récupéré à partir de :

<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1578web.pdf>

Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). (2017). *Rapport annuel d'activités 2016*. Récupéré à partir de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Récupéré à partir de :

http://www.ivac.qc.ca/a-propos/Documents/Rapport_annuel_IVAC_2016.pdf

Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). (2016). *Rapport annuel d'activités 2015*. Récupéré à partir de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Récupéré à partir de :

http://www.ivac.qc.ca/a-propos/Documents/Rapport_annuel_IVAC_2015.pdf

Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). (2015). *Rapport annuel d'activités 2014*. Récupéré à partir de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Récupéré à partir de :

http://www.ivac.qc.ca/a-propos/Documents/Rapport_annuel_IVAC_2014.pdf

Domhoff, G. W. (1999). New directions in the study of dream content using the Hall and Van de Castle coding system. *Dreaming*, 9(2-3), 115.

Dorais, M. (2008). *Don't tell: The sexual abuse of boys*. Montreal, Canada: McGill-Queen's University Press.

Drummond, S., Paulus, M. P., & Tapert, S. F. (2006). Effects of two nights sleep deprivation and two nights recovery sleep on response inhibition. *Journal of sleep research*, 15(3), 261-265.

Dube, S.R., Anda, R.F., Whitfield, C.L., Brown, D.W., Felitti, V.J., Dong, M., & Giles, W.H. (2005). Long-Term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventing Medicine*, 28(5), 430-438.

Dubé-Frenette, M. (2017). *Symptômes post-traumatiques nocturnes associés à la victimisation sexuelle*. Université Laval. 154 pages.

Dunn, K. K., & Barrett, D. (1988). Characteristics of nightmare subjects and their nightmares. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13, 91-93.

Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of traumatic stress*, 17(3), 203-211.

Espie, C. A. (2002). Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual review of psychology*, 53(1), 215-243.

- Feldman, S., & Weidenfeld, J. (1996). Involvement of amygdalar alpha adrenoceptors in hypothalamo-pituitary-adrenocortical responses. *Neuroreport*, 7(18), 3055-3058.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619.
- Finkelhor, D., & Jones, L. (2006). Why Have Child Maltreatment and Child Victimization Declined? *Journal of Social Issues*, 62(4), 685-716. doi:10.1111/j.15404560.2006.00483.x
- Finkelhor, D., Saito, K., & Jones, L. (2015). *Updated trends in child maltreatment, 2013*. Durham, New Hampshire: Crimes against Children Research Center, University of New Hampshire.
- Fleury, E. (21 avril 2016). Des listes d'attente trop longues pour les services en psychologie. *Le Soleil* [Québec], consulté en ligne.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Fraleigh, L. A., Hendratta, V. D., Ford, J. D., & Connor, D. F. (2009). Prazosin for the treatment of posttraumatic stress disorder-related nightmares in an adolescent male. *Journal of Child and adolescent psychopharmacology*, 19(4), 475-476.
- Freud, A. (1969). *L'enfant dans la psychoanalyse*. Gallimard. Paris.
- Freud, S., & Strachey, J. (2010). *The interpretation of dreams*. New York: Basic Books A Member of the Perseus Books Group.
- Furlan, A. D., Pennick, V., Bombardier, C., & Van Tulder, M. (2009). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 34(18), 1929-1941.
- Gagné, F. (2009). Michel Dorais, Ça arrive aussi aux garçons, Montréal, Typo essai, 2008, 311 p. *Recherches sociographiques*, 50 (3), 672-674. doi:10.7202/039089ar
- Galovski, T. E., Monson, C., Bruce, S. E., & Resick, P. A. (2009). Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 197-204.
- Gauchat, A., & Zadra, A. (2012). Prévalence, corrélats et traitements des cauchemars chez les enfants. *Pratiques psychologiques*, 18(3), 245-264.
- Gehrman, P. R., & Harb, G. C. (2010). Treatment of nightmares in the context of posttraumatic stressdisorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1185-1194. doi:10.1002/jclp.20730

- George, K. C., Kebejian, L., Ruth, L. J., Miller, C. W. T., & Himelhoch, S. (2016). Meta-analysis of the efficacy and safety of prazosin versus placebo for the treatment of nightmares and sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 494-510.
<http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1080/15299732.2016.1141150>
- Geraciotti Jr, T. D., Baker, D. G., Ekhtator, N. N., West, S. A., Hill, K. K., Bruce, A. B., ... & Kasckow, J. W. (2001). CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1227-1230.
 doi:10.1176/appi.ajp.158.8.1227
- Germain, A., & Nielsen, T. A. (2003). Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biological Psychiatry*, 54(10), 1092-1098.
- Germain, A., Buysse, D., Nofzinger, E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Medicine Review*, 12, 185-195.
- Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., ... & Koss, M. (2004). Increased Mastery Elements Associated with Imagery Rehearsal Treatment for Nightmares in Sexual Assault Survivors With PTSD, *Dreaming*, 14(4), 195.
- Germain, A., Richardson, R., Moul, D. E., Mammen, O., Haas, G., Forman, S. D., ... & Nofzinger, E. A. (2012). Placebo-controlled comparison of prazosin and cognitive-behavioral treatments for sleep disturbances in US Military Veterans. *Journal of psychosomatic research*, 72(2), 89-96.
- Gorey, K. M., & Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 391-398.
- Gouvernement du Canada (1985). *Code criminel : L.R.C Ch. C-46*. Ministère de la Justice. Montréal: Wilson & Lafleur. 1160 pages.
- Gouvernement du Québec (2012). *Trousse Média d'informations sur les agressions sexuelles* (réalisée par le regroupement de la Sécurité et prévention des traumatismes, du développement des individus et des communautés de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)). Québec: Publications Gouvernement du Québec.

- Green, B. (2014). Prazosin in the treatment of PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*®, 20(4), 253-259.
- Greenberg, R., Pearlman, C. A., & Gampel, D. (1972). War neuroses and the adaptive function of REM sleep. *British Journal of Medical Psychology*, 45(1), 27-33.
- Grunnert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M., & Rusch, M. D. (2003). When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 333-346.
- Gutner, C. A., Casement, M. D., Stavitsky Gilbert, K., & Resick, P. A. (2013). Change in sleep symptoms across Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure: A longitudinal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 817-822.
- Halliday, G. (1987). Direct psychological therapies for nightmares: A review. *Clinical psychology review*, 7(5), 501-523.
- Hansen, K., Höfling, V., Kröner-Borowik, T., Stangier, U., & Steil, R. (2013). Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(1), 146-155.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H.-J., John, U., & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(5), 299–306. doi:10.1007/s00406-006-0654-6
- Harmon, R. J., & Riggs, P. D. (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1247-1249. doi:10.1097/00004583-199609000-00022
- Hartmann, E. (1989). Boundaries of dreams, boundaries of dreamers: Thin and thick boundaries as a new personality measure. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*.
- Hartmann, E., Rosen, R., & Rand, W. (1998). Personality and dreaming: Boundary structure and dream content. *Dreaming*, 8(1), 31.
- Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I., & Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferer. *Archives of General Psychiatry*, 44(1), 49-56.
- Hauri, P., & Fisher, J. (1985). Persistent psychophysiologic (learned) insomnia. *Sleep*, 9(1), 38-53.

- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny. *L'agression sexuelle envers les enfants (Tome 1)*, 149-204.
- Hébert, M., Cyr, M., & Tourigny, M. (2011). *L'agression sexuelle envers les enfants (Tome 1)*. Presses de l'Université du Québec. Collection Santé et Société.
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie, F., ... & Rinfret-Raynor, M. (2002). *Des interventions préventives et des services d'aide directe en matière d'agression sexuelle: Description des pratiques québécoises*. Rapport de recherche. Ste-Foy: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF).
- 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 the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(9), 631-636.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, *5*(3), 377-391.
- Higgins, J. P., & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Vol. 5). Chichester: Wiley-Blackwell. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org.
- Hobson, J.A., & McCarley, R.W. (1977). The brain as a dream state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, *134*(12), 1335-1348. doi:10.1176/ajp.134.12.1335
- Horowitz, F. D. (1990). Developmental models of individual differences. Dans J. Colombo & J. Fagen (dir.). *Individual differences in infancy: Reliability, stability, prediction*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 3-18.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). *Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective*, CA, Thousand Oaks, 32-46. doi:10.4135/9781452231655
- Institute of Medicine (U.S.), & National Academies Press (U.S.). (2012). *Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Initial assessment*.

- Jaoude, P., Vermont, L. N., Porhomayon, J., & El-Solh, A. A. (2015). Sleep-Disordered Breathing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(2), 259–268. doi:10.1513/annalsats.201407-299fr
- Jewkes, R., Sen, P., & Garcia-Moreno, C. (2002). *La violence sexuelle*. Dans E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. Zwi et R. Lozano-Ascencio (dir.), Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 97-135.
- Katz, L. S. (2015). *Treating Military Sexual Trauma*. Springer Publishing Company.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Freedy, J. R., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S., & Van der Kolk, B. (1998). The posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct: Criteria A through E. *DSM-IV sourcebook*, 4, 803-844.
- Koola, M. M., Varghese, S. P., & Fawcett, J. A. (2014). High-dose prazosin for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 4(1), 43-47.
- Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual Experiences Survey: a research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(3), 455.
- Krakov, B., Germain, A., Tandberg, D., Koss, M., Schrader, R., Hollifield, M., ... Edmond, T. (2000). Sleep breathing and sleep movement disorders masquerading as insomnia in sexual-assault survivors. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 49–56. doi:10.1016/s0010-440x(00)90131-7
- Krakov, B., Haynes, P. L., Warner, T. D., & Melendrez, D. (2007). Clinical sleep disorder profiles in a large sample of trauma survivors: An interdisciplinary view of posttraumatic sleep disturbance. *Sleep and Hypnosis*, 9(1), 6.
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., . . . Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(5), 537-545. doi:10.1001/jama.286.5.537
- Krakov, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Warner, T. D., Cheng, D., Edmond, T., & Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery

- rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*;13: 589-609.
- Krakov, B., Melendrez, D., Johnston, L., Warner, T. D., Clark, J. O., Pacheco, M., ... & Schrader, R. (2002). Sleep-disordered breathing, psychiatric distress, and quality of life impairment in sexual assault survivors. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(7), 442-452.
- Krakov, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L., & Tandberg, D. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health*, 29(2), 94-100. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00195-6
- Krakov, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M. P., Yau, C. L., & Cheng, D. T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 175-190.
- Kramer, M. (1991). The nightmare: A failure in dream function. *Dreaming*, 1(4), 277.
- Kramer, M. (2013). *The dream experience: A systematic exploration*. Routledge.
- Kroese, B. S., & Thomas, G. (2006). Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability-Two Descriptive Case Studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 75-80. doi:10.1111/j.1468-3148.2005.00275.x
- Kung, S., Espinel, Z., & Lapid, M. I. (2012). Treatment of nightmares with prazosin: a systematic review. In *Mayo Clinic Proceedings*, 87, 9, pp. 890-900. Elsevier.
- Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. A. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep medicine reviews*, 14(1), 69-82.
- Lancee, J., Spormaker, V. I., Krakow, B., & Van den Bout, J. (2008). A systematic review of cognitive-behavioral treatment for nightmares: toward a well-established treatment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(5), 475-80.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 23-37.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.

- Leeb, R.T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological bulletin*, *133*(3), 482.
- Levrier, K. (2015). *Traitement des cauchemars avec la méthode de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM) dans une population adulte francophone souffrant d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT)*. Université du Québec à Montréal.
- Liang, B., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2006). Relational Outcomes of Childhood Sexual Trauma in Female Survivors: A Longitudinal Study. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*(1), 42-57. doi:10.1177/0886260505281603
- 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. doi:10.1037/1076-8971.11.1.194
- Lorenz, R. A., Hayes, J. W., & Saitz, M. (2013). Prazosin treatment of nightmares related to post-traumatic stress disorder. *Mental Health Clinician*, *2*(7), 202-203. doi:http://dx.doi.org/10.9740/mhc.n131051
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, *10*(1), 17-23.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, *28*(5), 491-503.
- Martin, A., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., Gorton, E., & Alati, R. (2011). Longitudinal analysis of maternal risk factors for childhood sexual abuse: early attitudes and behaviours, socioeconomic status, and mental health. *Australian NZ Journal of Psychiatry*, *45*(8), 629-637. doi:10.3109/00048674.2011.587395
- Mezzich, A. C., Tarter, R. E., Giancola, P. R., & Kirisci, L. (2001). The dysregulation inventory: A new scale to assess the risk for substance use disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *10*(4), 35-43.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Publications gouvernement du Québec, p. 22.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2011). *Statistiques sur les agressions sexuelles au Québec 2009*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2012). *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2010*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moore, B. & Krakow, B. (2010). Imagery rehearsal therapy: An emerging treatment for posttraumatic nightmares in veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 232-238.
- Morin, C. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy of insomnia. *Sleep Medicine Clinics*, 1(3), 375-386.
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and aging*, 8(3), 463
- Morin, C.H., & Savard, B.J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research & Therapy*, 40, 741-752
- Morrison, A. R. (1989). Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(6), 697-707.
- Murray-Swank, N. A. (2004). *Solace for the soul: An evaluation of a psycho-spiritual intervention for female survivors of sexual abuse*. (64), ProQuest Information & Learning, US.
- Nadeau, J. (20 décembre 2017). Les soins en santé mentale se font attendre. *Le Devoir* [Québec], consulté en ligne.
- Nadorff, M. R., Lambdin, K. K., & Germain, A. (2014). Pharmacological and non-pharmacological treatments for nightmare disorder. *International Review of Psychiatry*, 26(2), 225-236.
- Nadorff, M. R., Nazem, S., & Fiske, A. (2013). Insomnia symptoms, nightmares, and suicide risk: duration of sleep disturbance matters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(2), 139-149.
- Nappi, C. M., Drummond, S. P., & Hall, J. M. (2012). Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: a review of current evidence. *Neuropharmacology*, 62(2), 576-585.

- Nappi, C. M., Drummond, S.P., Thorp, S. R., & McQuaid, J. R. (2010). Effectiveness of imagery rehearsal therapy for the treatment of combat-related nightmares in veterans. *Behavior Therapy*, 41(2), 237–244.
Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789409000793>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder: management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publication.
Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/resources/posttraumatic-stress-disorder-management-pdf-975329451205>
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16. doi:10.1177/1077559596001001002
- Nguyen, T. T., & Hicks, R. (2003). Type AB behavior, nightmare frequency, and nightmare distress. *Sleep*, 23, A326-A327.
- Nielsen, T. A., Laberge, L., Paquet, J., Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Montplaisir, J. (2000). Development of Disturbing Dreams During Adolescence and Their Relation to Anxiety Symptoms. *SLEEP-NEW YORK*, 23(6), 727-737.
- Nielsen, T., & Levin, R. (2007). Nightmares: a new neurocognitive model. *Sleep medicine reviews*, 11(4), 295-310.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., & Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of pediatric psychology*, 31(5), 469-480.
- Ohayon, M. M., Morselli, P. L., & Guilleminault, C. (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*.
- Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 469-478.
- Oluwabusi, O. O., Sedky, K., & Bennett, D. S. (2012). Prazosin treatment of nightmares and sleep disturbances associated with posttraumatic stress disorder: Two adolescent cases. *Journal of Child Adolescence Psychopharmacological*, 22(5), 399-402.

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé* (sous la direction de Krug, É.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R.). Genève, Suisse, 358 pages.
- Pagel, J. F., & Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares-an etiology based review. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 18(1), 59-67.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. doi:10.1080/00223980109603677
- Payne, J. D., Stickgold, R., Swanberg, K., & Kensinger, E. A. (2008). Sleep preferentially enhances memory for emotional components of scenes. *Psychological Science*, 19(8), 781-788.
- Perlis, M. L., Giles, D. E., Mendelson, W. B., Bootzin, R. R., & Wyatt, J. K. (1997). Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of sleep research*, 6(3), 179-188.
- Peterson, Z. D., Voller, E. K., Polusny, M. A., & Murdoch, M. (2011). Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 1-24.
- Pigeon, W. R., May, P. E., Perlis, M. L., Ward, E. A., Lu, N., & Talbot, N. L. (2009). The effect of interpersonal psychotherapy for depression on insomnia symptoms in a cohort of women with sexual abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 634-638. doi:10.1002/jts.20456
- Pollack, M. H., Hoge, E. A., Worthington, J. J., Moshier, S. J., Wechsler, R. S., Brandes, M., & Simon, N. M. (2011). Eszopiclone for the treatment of posttraumatic stress disorder and associated insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(7), 892-897.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.007
- Pruiksma, K. E., Molino, A., Taylor, D. J., Resick, P. A., & Peterson, A. L. (2015). Case Study of Cognitive Behavioral Therapy for Comorbid PTSD, Insomnia, and Nightmares. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*, 1-8.

- Pruiksma, K. M. E. (2011). *A randomized controlled trial of exposure, relaxation, and rescripting therapy and relaxation training for chronic nightmares in trauma-exposed persons: Findings at one-week posttreatment* (Order No. 3475999). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (894124491). Retrieved from <https://aces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://search.proquest.com.aces.bibl.ulaval.ca/docview/894124491?accountid=12008>
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Child Adolescence Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Raboni, M. R., Tufik, S., & Suchecki, D. (2006). Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 508-513.
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Hoff, D. J., Hart, K. L., Holmes, H. A., Warren, D., ... & Rohde, K. (2007). A parallel group placebo-controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 61(8), 928-934.
- Raskind, M.A., Peskind, E.R., Kanter, E.D., Petrie, E.C., Radant, A., Thompson, C.E., Dobie, D.J., Hoff, D., Rein, R.J., Straits-Tröster, K., Thomas, R.G., & McFall, M.M. (2003). Reduction of Nightmares and Other PTSD Symptoms in Combat Veterans by Prazosin: A Placebo-Controlled Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 371-373.
- Raskind, M. A., Peterson, K., Williams, T., Hoff, D. J., Hart, K., Holmes, H., ... & Millard, S. P. (2013). A trial of prazosin for combat trauma PTSD with nightmares in active-duty soldiers returned from Iraq and Afghanistan. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1003-1010.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). Cognitive processing therapy: Veteran/military version. *Washington, DC: Department of Veterans' Affairs*.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748.
- Rijnders, R. J., Laman, D. M., & Van Diujn, H. (2000). Cyproheptadine for posttraumatic nightmares. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1524-1525.
- Robert, G. (2013). *Cauchemars et mauvais rêves : impact différentiel des méthodes de collecte et analyse descriptive de leur contenu*. Université de Montréal. 186 pages.

- Robert, G., & Zadra, A. (2008). Measuring nightmare and bad dream frequency: impact of retrospective and prospective instruments. *Journal of Sleep Research, 17*(2), 132-139.
- Rothbaum, B. O., & Mellman, T. A. (2001). Dreams and exposure therapy in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 14*(3), 481-490.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic stress, 5*(3), 455-475.
- Rousseau, A., & Belleville, G. (2017). The mechanisms of action underlying the efficacy of psychological nightmare treatments: A systematic review and thematic analysis of discussed hypotheses, *Sleep Medicine Reviews*, doi: 10.1016/j.smrv.2017.08.004.
- Rousseau, A., Dubé-Frenette, M., & Belleville, G. (Mars 2014). La perception d'efficacité personnelle dans le traitement des cauchemars. *La perception d'efficacité personnelle dans le traitement des cauchemars*. Symposium effectué à la SQRP 2014, Montréal, Qc, Canada.
- Salviati, M., Pallagrosi, M., Valeriani, G., Carlone, C., Todini, L., & Biondi, M. (2013). On the role of noradrenergic system in PTSD and related sleep disturbances. The use of terazosin in PTSD related nightmares: A case report. *Clinica Terapeutica, 164*(2), 133-137.
- Salvio, M., Wood, J. M., Schwartz, J., & Eichling, P. S. (1992). Nightmare prevalence in the healthy elderly. *Psychology and Aging, 7*(2), 324-325. doi:10.1037/0882-7974.7.2.324
- Schredl, M., Biemelt, J., Roos, K., Düinkel, T., & Harris, N. (2008). Nightmares and stress in children. *Sleep and hypnosis, 10*(1), 19.
- 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.
- Seda, G., Sanchez-Ortuno, M. M., Welsh, C. H., Halbower, A. C., & Edinger, J. D. (2015). Comparative meta-analysis of prazosin and imagery rehearsal therapy for nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 11*(1), 11.
- Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(3), 263–278.
- Simard, V., Nielsen, T.A., Tremblay, R.E., Boivin, R.E., & Montplaisir, M. (2007). Longitudinal study of bad dreams in preschool children: prevalence, demographic correlates, risk and protective factors. *Associated Professional Sleep Societies, LLC*.

- Söchting, I., Fairbrother, N., & Koch, W. J. (2004). Sexual Assault of Women: Prevention Efforts and Risk Factors. *Violence against women, 10*(1), 73-93. doi:10.1177/1077801203255680
- Spoormaker, V. I., & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: secondary symptom or core feature? *Sleep medicine reviews, 12*(3), 169-184.
- Statistique Canada (2010). La victimisation criminelle au Canada, 2009. Dans S. Perreault et S. Brennan. *Juristat, 85*-002-X.
- Steine, I. M., Harvey, A. G., Krystal, J. H., Milde, A. M., Grønli, J., Bjorvatn, B., ... & Pallesen, S. (2012). Sleep disturbances in sexual abuse victims: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews, 16*(1), 15-25.
- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment, 16*(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Strawn, J. R., DelBello, M. P., & Geraciotti Jr, T. D. (2009). Prazosin treatment of an adolescent with posttraumatic stress disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 19*(5), 599-600.
- Strawn, J. R., & Keeshin, B. R. (2011). Successful treatment of posttraumatic stress disorder with prazosin in a young child. *Annals of Pharmacotherapy, 45*(12), 1590-1591.
- Swanson, L.M., Favorite, T.K., Horin, E., Arnedt, J.T. (2009). A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 22*(6), 639–642. doi: 10.1002/jts.20468.
- Talbot, L. S., Maguen, S., Metzler, T. J., Schmitz, M., McCaslin, S. E., Richards, A., ... & Varbel, J. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep, 37*(2), 327.
- Taylor, F. B. (2003). Tiagabine for posttraumatic stress disorder: a case series of 7 women. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(12), 1421-1425. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v64n1204>
- Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., ... & Raskind, M. A. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biological psychiatry, 63*(6), 629-632.

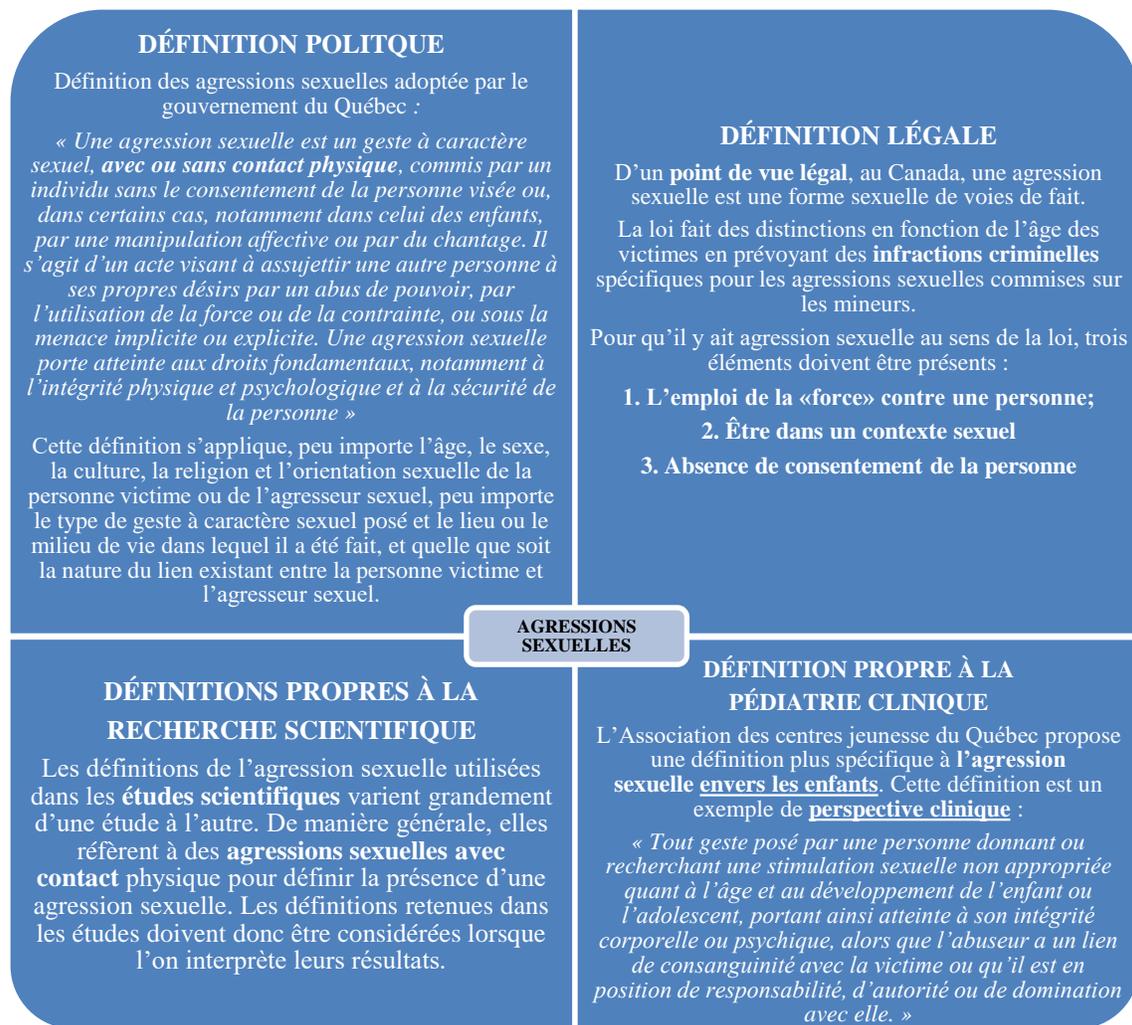
- Taylor, F. B., & Raskind, M. A. (2002). The α 1-adrenergic antagonist prazosin improves sleep and nightmares in civilian trauma posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 82-85.
- Thibaut, Florence (2013). *Approche psychiatrique des déviations sexuelles*. Springer Science & Business Media. 138 pages.
- Thompson, C. E., Taylor, F. B., McFall, M. E., Barnes, R. F., & Raskind, M. A. (2008). Non-nightmare distressed awakenings in veterans with posttraumatic stress disorder: response to prazosin. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 417-420.
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance : Ampleur et facteurs de risque. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants: Tome 1*. Québec: Presses de l'Université du Québec. 7-42.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., Jacob, M., & Wright, J. (2005). *Portrait québécois des signalements pour abus sexuels faits à la Direction de la protection de la jeunesse*. Rapport de recherche. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- 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.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., & al. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : données principales 2003*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
- Vaillancourt, R. (2010). *Gender differences in police-reported violent crime in Canada, 2008*. Ottawa: Statistics Canada.
- Vaiva, G., & Ducrocq, F. (2006). Neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. Dans Jehel L. et Lopez G., (dir.), *Psychotraumatologie*, Paris: Dunod, p. 13-25.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5): 401-408.
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., ... & Stolbach, B. C. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript. *Verfügbar unter: Retrieved http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf (Zugriff: 20.5. 2011)*.

- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress, 18*(5), 389-399.
- Van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L., & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine, 28*(12), 1290-1299.
- Walker, M. P., & Van der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological bulletin, 135*(5), 731.
- Warner, M. D., Dorn, M. R., & Peabody, C. A. (2001). Survey on the usefulness of trazodone in patients with PTSD with insomnia or nightmares. *Pharmacopsychiatry, 34*(04), 128-131.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(6), 541-550.
- Willner, P. (2004). Brief cognitive therapy of nightmares and post-traumatic ruminations in a man with a learning disability. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(4), 459-464. doi: <http://dx.doi.org/10.1348/0144665042388919>
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (dir.), *An Assessment of childhood disorders*, 4th ed., New York: Guilford Press. 685-748.
- World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland, 95 pages.
- Zadra, A., & Donderi, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 273.

LISTE DES FIGURES

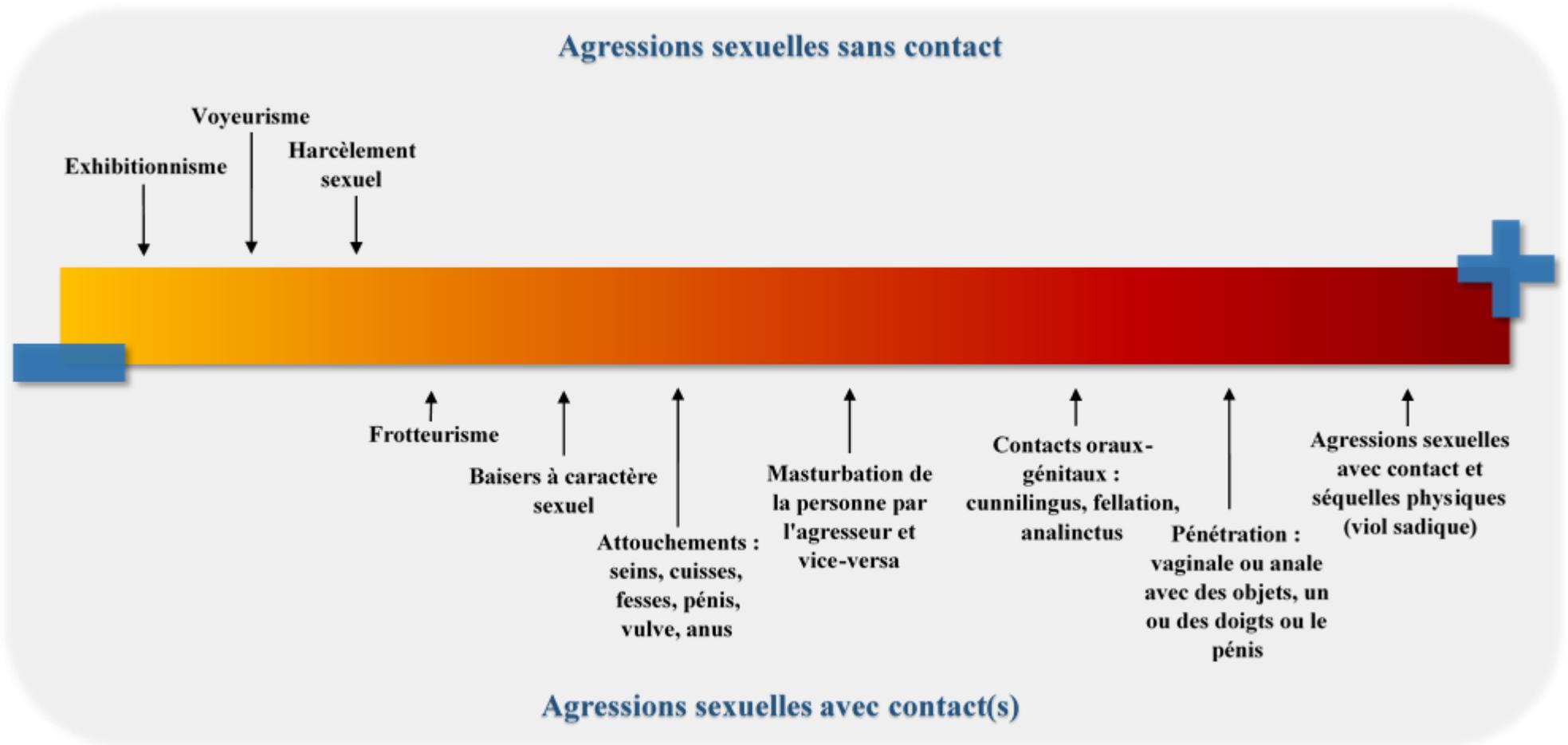
Figure 1 : Définitions de l'agression sexuelle³²

Il n'existe pas de définition universelle de l'agression sexuelle. Plusieurs définitions de l'agression sexuelle existent et varient selon les perspectives considérées (ex. : politique, légale, clinique ou scientifique).



³² Schéma réalisé à partir du contenu récupéré du site web officiel de l'Institut National en Santé Publique de Québec (INSPQ; 2012) au <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/accueil>.

Figure 2 : Continuum des formes d'agressions sexuelles selon leur nature et de leur degré de sévérité^{33*}



³³ Schéma réalisé et inspiré à partir du contenu récupéré du site web officiel de l'Institut National en Santé Publique de Québec (INSPQ ; 2012) au <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/accueil>.

*La sévérité représente ici le degré d'intrusion dans l'intimité et dans l'intégrité physique et/ou psychologique de la VAS.

Figures 3.1 à 3.6 : Graphiques présentant les diverses statistiques sur les VAS³⁴

Figure 3.1 Répartition des agressions sexuelles en fonction de leur date de déclaration

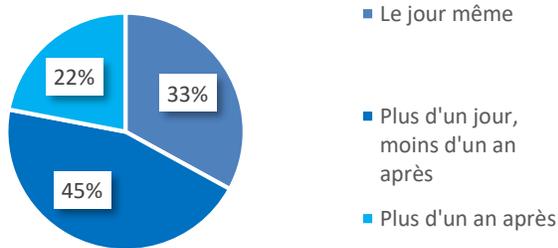


Figure 3.2 Répartition des agressions sexuelles en fonction du lieu d'agression

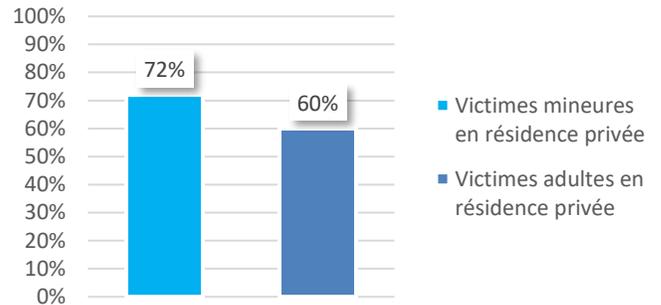


Figure 3.3 Répartition des agressions sexuelles en fonction du sexe et catégorie d'âge de la victime

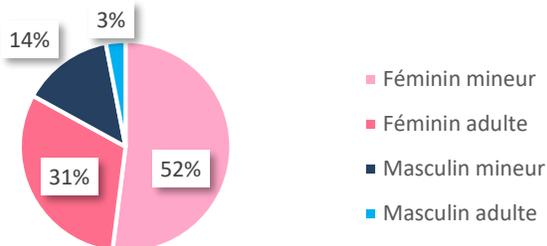


Figure 3.4 Répartition des agressions sexuelles en fonction du sexe de l'agresseur

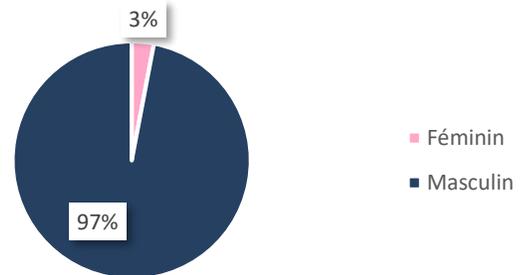


Figure 3.5 Répartition des agressions sexuelles en fonction de l'âge de la victime

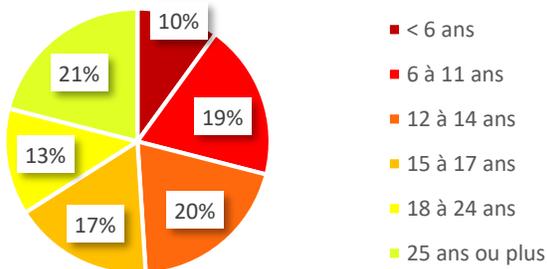
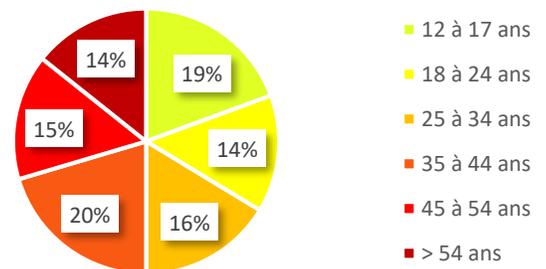
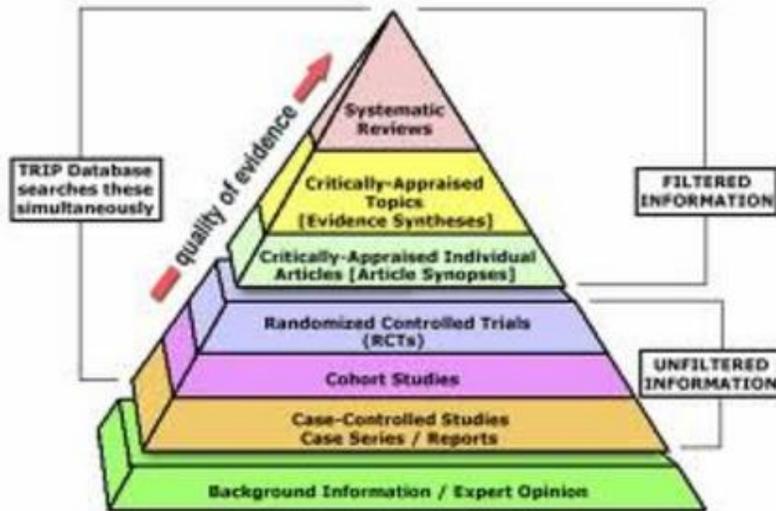


Figure 3.6 Répartition des agressions sexuelles en fonction de l'âge de l'agresseur



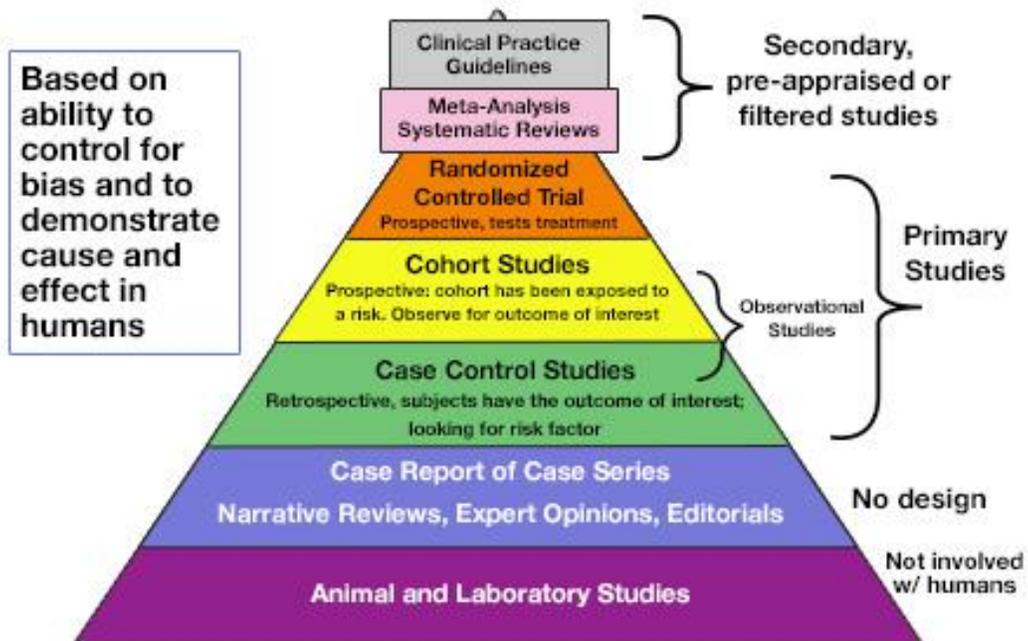
³⁴ Schémas réalisés à partir du contenu récupéré du site web officiel de l'Institut National en Santé Publique de Québec (INSPQ; 2012) au <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/accueil>.

Figure 4 : Hiérarchie de la qualité d'évidence scientifique



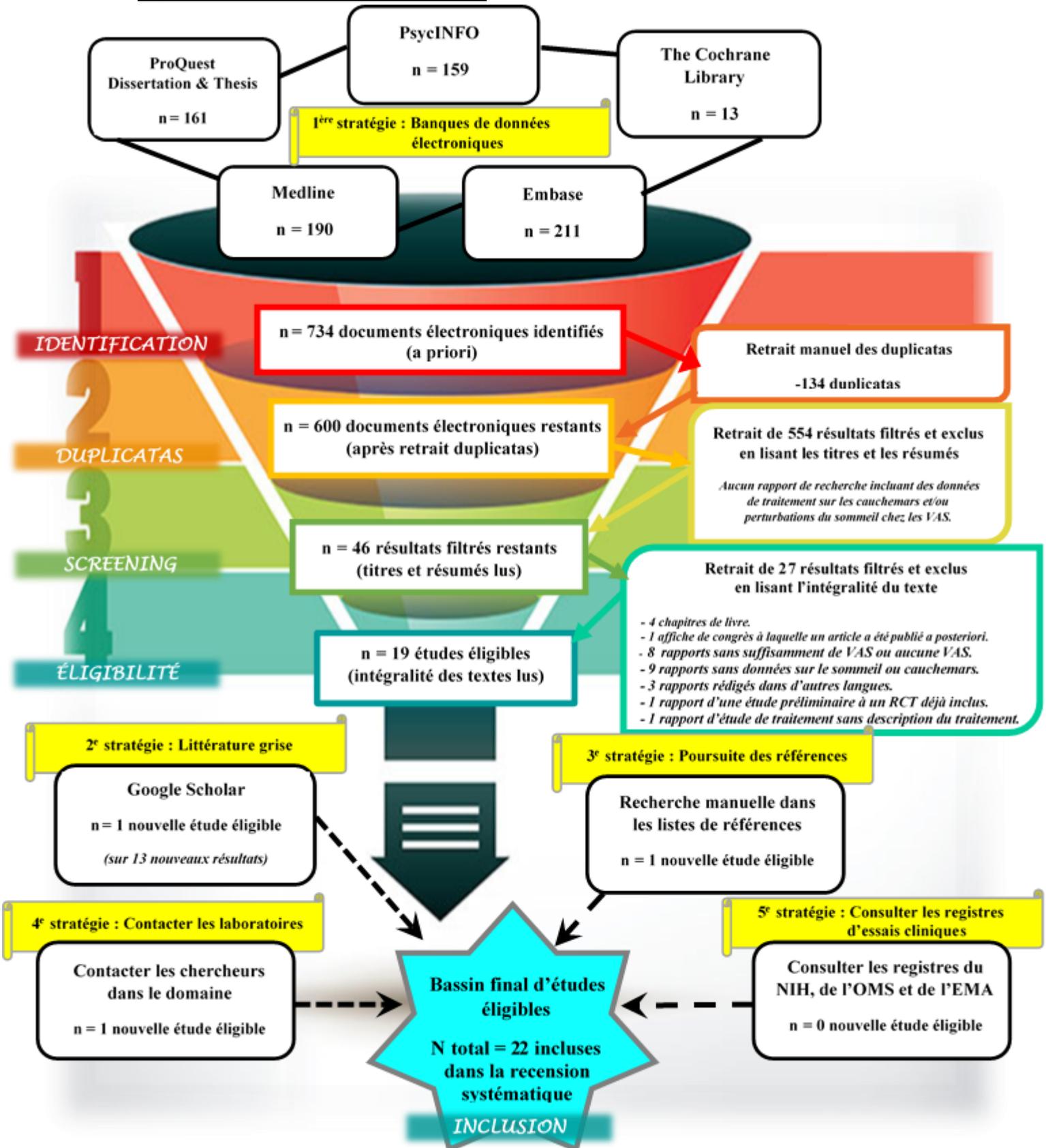
Récupéré sur le site officiel <http://handbook.cochrane.org/> (Higgins et Green, 2011).

Heirarchy of Research Designs & Levels of Scientific Evidence



Source: Forrest & Miller (2012). *Evidence-Based Decision Making: Introduction and Formulating Good Clinical Questions*. Modified Evidence Pyramid. Copyright permission granted by SUNY Downstate Medical Center, Medical Research Library at Brooklyn.

Figure 5 : Charte de suivi selon PRISMA



ANNEXES

Annexe A : Le cadre légal autour de l'agression sexuelle

Le *Code criminel* prévoit un ensemble d'infractions à caractère sexuel pour lesquelles un individu peut faire l'objet d'accusations criminelles.

- **Action indécente (art. 173(1))**

Un geste indécent commis dans un endroit public devant une ou plusieurs personnes ou dans un endroit quelconque avec l'intention d'insulter ou d'offenser quelqu'un.

- **Agresions sexuelles commises à l'étranger et Tourisme sexuel impliquant des enfants (tourisme pédophile) (par. 7(4.1) à 7(4.3))**

Fait de se rendre à l'étranger et de se livrer à des activités sexuelles avec des enfants qui seraient illégales au Canada. Toute personne qui se livre à cette activité est passible de poursuites criminelles au Canada comme si l'infraction avait été commise en sol canadien et sera passible des peines correspondantes. Il en va de même pour l'infraction de traite des personnes commise à l'étranger.

- **Agresion sexuelle simple (niveau 1) (art. 271)**

Tout contact physique de nature sexuelle posé sans le consentement de la personne, allant des attouchements à la relation sexuelle complète. Ne cause pas de blessures corporelles à la victime.

- **Agresion sexuelle armée (niveau 2) (art. 272)**

Agresion sexuelle dans laquelle l'agresseur porte, utilise ou menace d'utiliser une arme ou une imitation d'arme ; menace d'infliger des blessures à une personne autre que la victime ; inflige des blessures (lésions) corporelles à la victime ; ou quand plusieurs personnes commettent une agresion sexuelle sur la même personne. Le préjudice psychologique résultant d'une agresion sexuelle peut être considéré comme étant des lésions corporelles.

- **Agresion sexuelle grave (niveau 3) (art.273)**

Agresion sexuelle au cours de laquelle la victime a été blessée, mutilée, défigurée ou encore que sa vie a été mise en danger par l'agresseur.

- **Bestialité (art.160)**

Quiconque se livrant à une activité sexuelle avec un animal ou amène un enfant à le faire ou le fait devant un enfant.

- **Contacts sexuels (art. 151)**

Toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, touche directement ou indirectement, avec une partie de son corps ou avec un objet, une partie du corps d'un enfant âgé de moins de 16 ans.

- **Corruption d'enfants (art. 172)**

Le fait de mettre en danger les mœurs d'un enfant ou de rendre sa demeure impropre à la présence d'un enfant par une attitude immorale.

- **Entente ou arrangement par un moyen de télécommunication pour perpétrer une infraction d'ordre sexuel à l'égard d'un enfant (art. 172.2)**

Le fait de s'entendre ou prendre des arrangements avec autrui, par quelque moyen de télécommunication que ce soit, pour perpétrer une infraction d'ordre sexuel contre une personne de moins de 14, 16 ou 18 ans.

- **Entremetteur et maître de maison permettant des actes sexuels interdits (art.170 et 171)**

Lorsque le père, la mère ou le tuteur de l'enfant âgé de moins de 18 ans l'amène à commettre des actes sexuels illégaux avec un tiers ; ou encore lorsque toute personne responsable de l'accès ou de l'utilisation d'un lieu permet sciemment qu'une personne mineure s'y trouve dans l'intention de commettre des actes sexuels illégaux.

- **Exhibitionnisme (par. 173(2))**

Il s'agit d'une infraction criminelle lorsqu'une personne qui, en quelque lieu que ce soit, à des fins d'ordre sexuel, exhibe ses organes génitaux devant un enfant âgé de moins de 16 ans. Le fait de s'exposer nu devant le public correspond à l'infraction de nudité (**art. 174**).

À noter : L'exhibitionnisme est aussi considéré comme une forme de déviance sexuelle.

- **Exploitation sexuelle (art. 153 et art. 153.1)**

Toute personne qui commet des infractions de contacts sexuels et d'incitation à des contacts sexuels lorsqu'elle est en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis un adolescent de 16 ou 17 ans ou lorsque l'adolescent est en situation de dépendance par rapport à elle ou qui est dans une relation où elle exploite l'adolescent. L'article 153.1 prévoit aussi une infraction d'exploitation sexuelle lorsque les infractions de contacts sexuels et d'incitation à des contacts sexuels sont commises à l'endroit d'une personne ayant une déficience mentale ou physique.

- **Inceste (art. 155)**

Commets un inceste toute personne ayant un rapport sexuel avec pénétration avec une personne avec qui elle sait être liée par le sang (père, mère, son enfant, frère, sœur, grand-père, grand-mère, petit-fils ou petite-fille). La définition de « frère » et « sœur » inclut les demi-frères et les demi-sœurs, avec qui il y a un parent biologique.

- **Incitation à des contacts sexuels (art. 152)**

Toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, invite, engage ou incite un enfant âgé de moins de 16 ans à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou avec un objet.

- **Leurre d'un enfant par un moyen de télécommunication (art. 172.1) ou cyberprédation**

Toute personne qui utilise un ordinateur ou un autre moyen de télécommunication, notamment par Internet, pour communiquer avec une personne mineure (par courriel, clavardage, messagerie instantanée) en vue de perpétrer à son égard une infraction à caractère sexuel ou un enlèvement.

- **Maître de maison permettant des actes sexuels interdits (art. 171)**

Lorsqu'une personne responsable de l'accès ou de l'utilisation d'un lieu permet sciemment qu'une personne mineure s'y trouve dans l'intention de commettre des actes sexuels illégaux.

- **Pornographie juvénile (art. 163.1)**

Au sens du *Code criminel*, la pornographie juvénile est définie largement et réfère à toute représentation (photographique, filmée, vidéo) où figure une personne âgée de moins de 18 ans ou présentée comme telle et se livrant à une activité sexuelle explicite ou qui montre ses organes sexuels ou sa région anale dans un but sexuel. Elle comprend aussi tout écrit, toute représentation ou tout enregistrement sonore qui préconise ou conseille une activité sexuelle avec une personne âgée de moins de 18 ans et qui constituerait une infraction criminelle ou dont la caractéristique dominante est la description, la présentation ou la simulation, dans un but sexuel, d'une activité sexuelle avec une personne âgée de moins de 18 ans qui constituerait une infraction. Les infractions liées à la pornographie juvénile concernent la production, la distribution, la transmission, la vente, l'importation, l'exportation, la possession ou l'accès.

- **Proxénétisme d'une personne adulte (par. 212(1)) ou d'une personne mineure (par. 212(2)) / prostitution d'une personne mineure (par. 212(2.1) et 212(4))**

Lorsque quiconque offre, tente d'obtenir ou obtient, moyennant rétribution, les services sexuels d'une personne ou d'un enfant âgé de moins de 18 ans (i.e. prostitution) ; qu'il vit entièrement ou en partie des produits de la prostitution juvénile ; ou qu'il encourage, force ou contraint une autre personne de se livrer à la prostitution.

- **Relations sexuelles anales (art. 159)**

Le fait pour une personne d'avoir des relations sexuelles anales, à l'exception des actes commis dans l'intimité par les couples mariés ou d'autres personnes de 18 ans et plus avec

leur consentement respectif. Cet article a été déclaré inconstitutionnel par les cours d'appel du Québec et de l'Ontario.

- **Rendre accessible à un enfant du matériel sexuellement explicite (art. 171.1)**

Le fait de rendre accessible à une personne de moins de 14, 16 ou 18 ans du matériel sexuellement explicite dans le but de faciliter la perpétration d'une infraction d'ordre sexuel.

- **Traite des personnes/Trafic d'enfants (art. 279.01, art. 279.011)**

La traite des personnes interdit de recruter, transporter, transférer, recevoir, détenir, cacher ou héberger une personne ou un enfant, ou d'exercer un contrôle, une direction ou une influence sur les mouvements d'une personne ou un enfant, en vue de l'exploiter ou de faciliter son exploitation (sexuelle ou non). Elle peut donc inclure la prostitution ou l'esclavage sexuel. Le trafic de personnes ou d'enfants peut se faire à l'intérieur des frontières du Canada (entre provinces et territoires ou à l'intérieur d'une même province ou territoire) ou impliquer d'autres pays.

- **Voyeurisme (art. 162)**

Il s'agit d'une infraction au sens de la loi lorsqu'une personne observe secrètement, notamment par des moyens mécaniques ou électroniques, une personne — ou encore qu'elle produise un enregistrement visuel d'une personne — se trouvant dans des circonstances pour lesquelles il existe une attente raisonnable de protection en matière de vie privée.

À noter : Le voyeurisme correspond aussi à une déviance sexuelle.

Annexe B : Critères diagnostiques DSM-5 du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)

Note: The following criteria apply to adults, adolescents, and children older than 6 years. For children 6 years and younger, see corresponding criteria below.

- A. Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways:
1. Directly experiencing the traumatic event(s).
 2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.
 3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend. In cases of actual or threatened death of a family member or friend, the event(s) must have been violent or accidental.
 4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).
 - **Note:** Criterion A4 does not apply to exposure through electronic media, television, movies, or pictures, unless this exposure is work related.
- B. Presence of one (or more) of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred:
1. Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s).
 - **Note:** In children older than 6 years, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed.
 2. Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s).
 - **Note:** In children, there may be frightening dreams without recognizable content.
 3. Dissociative reactions (e.g., flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.)
 - **Note:** In children, trauma-specific reenactment may occur in play.
 4. Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).
 5. Marked physiological reactions to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).

- C. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by one or both of the following:
1. Avoidance of or efforts to avoid distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).
 2. Avoidance of or efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).
- D. Negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:
1. Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs).
 2. Persistent and exaggerated negative beliefs or expectations about oneself, others, or the world (e.g., “I am bad,” “No one can be trusted,” “The world is completely dangerous,” “My whole nervous system is permanently ruined”).
 3. Persistent, distorted cognitions about the cause or consequences of the traumatic event(s) that lead the individual to blame himself/herself or others.
 4. Persistent negative emotional state (e.g., fear, horror, anger, guilt, or shame).
 5. Markedly diminished interest or participation in significant activities.
 6. Feelings of detachment or estrangement from others.
 7. Persistent inability to experience positive emotions (e.g., inability to experience happiness, satisfaction, or loving feelings).
- E. Marked alterations in arousal and reactivity associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:
1. Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects.
 2. Reckless or self-destructive behavior.
 3. Hypervigilance.
 4. Exaggerated startle response.
 5. Problems with concentration.
 6. Sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep or restless sleep).

- F. Duration of the disturbance (Criteria B, C, D, and E) is more than 1 month.
- G. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- H. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Specify whether:

- **With dissociative symptoms:** The individual's symptoms meet the criteria for posttraumatic stress disorder, and in addition, in response to the stressor, the individual experiences persistent or recurrent symptoms of either of the following:
 1. **Depersonalization:** Persistent or recurrent experiences of feeling detached from, and as if one were an outside observer of, one's mental processes or body (e.g., feeling as though one were in a dream; feeling a sense of unreality of self or body or of time moving slowly).
 2. **Derealization:** Persistent or recurrent experiences of unreality of surroundings (e.g., the world around the individual is experienced as unreal, dreamlike, distant, or distorted).
 - **Note:** To use this subtype, the dissociative symptoms must not be attributable to the physiological effects of a substance (e.g., blackouts, behavior during alcohol intoxication) or another medical condition (e.g., complex partial seizures).

Specify if:

- **With delayed expression:** If the full diagnostic criteria are not met until at least 6 months after the event (although the onset and expression of some symptoms may be immediate).

Posttraumatic Stress Disorder for Children 6 Years and Younger

- A. In children 6 years and younger, exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways:
 1. Directly experiencing the traumatic event(s).
 2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others, especially primary caregivers.
 - **Note:** Witnessing does not include events that are witnessed only in electronic media, television, movies, or pictures.
 3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a parent or caregiving figure.
- B. Presence of one (or more) of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred:
 1. Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s).

- **Note:** Spontaneous and intrusive memories may not necessarily appear distressing and may be expressed as play reenactment.
2. Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s).
 - **Note:** It may not be possible to ascertain that the frightening content is related to the traumatic event.
 3. Dissociative reactions (e.g., flashbacks) in which the child feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.) Such trauma-specific reenactment may occur in play.
 4. Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).
 5. Marked physiological reactions to reminders of the traumatic event(s).
- C. One (or more) of the following symptoms, representing either persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event(s) or negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event(s), must be present, beginning after the event(s) or worsening after the event(s):
- **Persistent Avoidance of Stimuli**
 1. Avoidance of or efforts to avoid activities, places, or physical reminders that arouse recollections of the traumatic event(s).
 2. Avoidance of or efforts to avoid people, conversations, or interpersonal situations that arouse recollections of the traumatic event(s).
 - **Negative Alterations in Cognitions**
 3. Substantially increased frequency of negative emotional states (e.g., fear, guilt, sadness, shame, confusion).
 4. Markedly diminished interest or participation in significant activities, including constriction of play.
 5. Socially withdrawn behavior.
 6. Persistent reduction in expression of positive emotions.
- D. Alterations in arousal and reactivity associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

1. Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects (including extreme temper tantrums).
 2. Hypervigilance.
 3. Exaggerated startle response.
 4. Problems with concentration.
 5. Sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep or restless sleep).
- E. The duration of the disturbance is more than 1 month.
- F. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in relationships with parents, siblings, peers, or other caregivers or with school behavior.
- G. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication or alcohol) or another medical condition.

Specify whether:

- **With dissociative symptoms:** The individual's symptoms meet the criteria for posttraumatic stress disorder, and the individual experiences persistent or recurrent symptoms of either of the following:
 1. **Depersonalization:** Persistent or recurrent experiences of feeling detached from, and as if one were an outside observer of, one's mental processes or body (e.g., feeling as though one were in a dream; feeling a sense of unreality of self or body or of time moving slowly).
 2. **Derealization:** Persistent or recurrent experiences of unreality of surroundings (e.g., the world around the individual is experienced as unreal, dreamlike, distant, or distorted).
- **Note:** To use this subtype, the dissociative symptoms must not be attributable to the physiological effects of a substance (e.g., blackouts) or another medical condition (e.g., complex partial seizures).

Specify if:

- **With delayed expression:** If the full diagnostic criteria are not met until at least 6 months after the event (although the onset and expression of some symptoms may be immediate).

Annexe C : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le Trouble du Cauchemar et de l'Insomnie

Trouble du cauchemar (DSM-5) :

- A. Repeated occurrences of extended, extremely dysphoric, and well-remembered dreams that usually involve efforts to avoid threats to survival, security, or physical integrity and that generally occur during the second half of the major sleep episode.
- B. On awakening from the dysphoric dreams, the individual rapidly becomes oriented and alert.
- C. The sleep disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The nightmare symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication).
- E. Coexisting mental and medical disorders do not adequately explain the predominant complaint of dysphoric dreams.

Specify if:

- **During sleep onset**

Specify if:

- **With associated non-sleep disorder**, including substance use disorders
- **With associated other medical condition**
- **With associated other sleep disorder**
- **Coding note:** The code 307.47 (F51.5) applies to all three specifiers. Code also the relevant associated mental disorder, medical condition, or other sleep disorder immediately after the code for nightmare disorder in order to indicate the association.

Specify if:

- **Acute:** Duration of period of nightmares is 1 month or less.
- **Subacute:** Duration of period of nightmares is greater than 1 month but less than 6 months.
- **Persistent:** Duration of period of nightmares is 6 months or greater.

Specify current severity:

- Severity can be rated by the frequency with which the nightmares occur:
- **Mild:** Less than one episode per week on average.
- **Moderate:** One or more episodes per week but less than nightly.
- **Severe:** Episodes nightly.

Trouble de l'Insomnie (DSM-5):

- A. A predominant complaint of dissatisfaction with sleep quantity or quality, associated with one (or more) of the following symptoms:
1. Difficulty initiating sleep. (In children, this may manifest as difficulty initiating sleep without caregiver intervention.)
 2. Difficulty maintaining sleep, characterized by frequent awakenings or problems returning to sleep after awakenings. (In children, this may manifest as difficulty returning to sleep without caregiver intervention.)
 3. Early-morning awakening with inability to return to sleep.
- B. The sleep disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, educational, academic, behavioral, or other important areas of functioning.
- C. The sleep difficulty occurs at least 3 nights per week.
- D. The sleep difficulty is present for at least 3 months.
- E. The sleep difficulty occurs despite adequate opportunity for sleep.
- F. The insomnia is not better explained by and does not occur exclusively during the course of another sleep-wake disorder (e.g., narcolepsy, a breathing-related sleep disorder, a circadian rhythm sleep-wake disorder, a parasomnia).
- G. The insomnia is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication).
- H. Coexisting mental disorders and medical conditions do not adequately explain the predominant complaint of insomnia.

Specify if:

- **With non-sleep disorder mental comorbidity**, including substance use disorders
- **With other medical comorbidity**
- **With other sleep disorder**
- **Coding note:** The code 307.42 (F51.01) applies to all three specifiers. Code also the relevant associated mental disorder, medical condition, or other sleep disorder immediately after the code for insomnia disorder in order to indicate the association.

Specify if:

- **Episodic:** Symptoms last at least 1 month but less than 3 months.
- **Persistent:** Symptoms last 3 months or longer.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

- **Recurrent:** Two (or more) episodes within the space of 1 year.

Note: Acute and short-term insomnia (i.e., symptoms lasting less than 3 months but otherwise meeting all criteria with regard to frequency, intensity, distress, and/or impairment) should be coded as another specified insomnia disorder.

Source : APA, 2013.

Annexe D : Critères d'éligibilité pour chaque étude primaire recensée

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>A1.Fait l'objet d'un rapport de recherche (étude de traitement) constituant des résultats quantifiables sur une des deux variables d'intérêt³⁵ (au minimum).</p>	<p>B1.Les publications prenant la forme d'un chapitre de livre, d'affiche de congrès à laquelle un article a été publié a posteriori ou tout autre rapport de recherche descriptif ne rapportant pas des données quantifiables sur minimalement une des variables d'intérêt se voient exclues.</p>
<p>A2.Comporte au moins un sujet ou un groupe qui fait l'objet d'une intervention psychologique et/ou pharmacologique.</p>	
<p>A3.Fait l'objet d'un rapport de recherche portant sur une population composée presque exclusivement de VAS ($\geq 75\%$ de l'échantillon) peu importe l'âge ou le sexe de la VAS et la nature, la fréquence, la sévérité, la durée de l'AS.</p>	
<p>A4.Le(s) participant(s) a (ont) reçu un diagnostic d'insomnie primaire <u>ou</u> secondaire <u>ou</u> a (ont) souffert de cauchemars récurrents, de problèmes non diagnostiqués : à initier et/ou à maintenir le sommeil et/ou à se réveiller à l'heure souhaitée le matin, et/ou a (ont) rapporté une mauvaise qualité du sommeil.</p>	
<p>A5.Est publiée entre 1978³⁶ et 2017.</p>	
<p>A6.Est rédigée dans la langue française ou anglaise.</p>	

³⁵ Toute variable d'intérêt (*outcome*) se rapportant aux cauchemars et/ou à toute perturbation du sommeil.

³⁶ 1978 est l'année de départ choisie pour effectuer cette recension systématique étant donné que la première étude randomisée publiée s'intéressant au traitement des symptômes posttraumatiques nocturnes serait vraisemblablement celle de Cellucci & Lawrence (1978).

Annexe E : Banques de données électroniques consultées et équations de recherche

1  Titre : PsycINFO
Auteur(s) : American Psychological Association
Type de document : Base de données
Lieu de publication : [Bethesda, Md.] : Cambridge Scientific Abstracts
Nom de l'éditeur :
Année de publication : 1994
Cotes/localisations : Internet — Ressources en ligne [Disponible]
Accès à la ressource : [Accès via PsycNET](#)
[Guide d'utilisation](#)
[Capsule de formation](#)

2  Titre : MEDLINE
Auteur(s) : National Library of Medicine (États-Unis)
Type de document : Base de données
Lieu de publication : Bethesda, MD
Nom de l'éditeur : The Library
Année de publication : 1950
Cotes/localisations : Internet — Ressources en ligne [Disponible]
Accès à la ressource : [Accès via PubMed](#)
[Accès via PubMed Mobile](#)
[Accès via Web of Knowledge](#)
[Accès via Ovid](#)
[Guide d'utilisation](#)
[Guide d'utilisation](#)
[Capsule de formation](#)

3  Titre : Google Scholar
Auteur(s) : Google (Firme)
Type de document : Base de données
Lieu de publication : [Mountain View, Calif.]
Nom de l'éditeur : Google
Année de publication : 2004
Cotes/localisations : Internet — Ressources en ligne [Disponible]
Accès à la ressource : [Accès direct: Google scholar](#)
[Guide d'utilisation](#)

4  Titre : EMBASE.com
 Auteur(s) :
 Type de document : Base de données
 Lieu de publication : Amsterdam
 Nom de l'éditeur : Elsevier Science Publishers
 Année de publication : 2004
 Cotes/localisations : Internet — Ressources en ligne [Disponible]
 Accès à la ressource : [Accès direct](#)

5  Titre : ProQuest dissertations and theses--full text
 Auteur(s) : ProQuest Information and Learning Company
 University Microfilms
 Type de document : Base de données
 Lieu de publication : Ann Arbor, Mich
 Nom de l'éditeur : UMI
 Année de publication : 1861
 Cotes/localisations : Internet — Ressources en ligne [Disponible]
 Accès à la ressource : [Accès via ProQuest](#)

6  Titre : The Cochrane library
 Auteur(s) : Cochrane Collaboration
 Type de document : Base de données
 Lieu de publication : [New York], Oxford, United Kingdom
 Nom de l'éditeur : Wiley InterScience, Update Software
 Année de publication : 1996
 Cotes/localisations : Internet — Ressources en ligne [Disponible]
 Accès à la ressource : [Accès via Wiley online library](#)
[Guide d'utilisation](#)

→ **PsycINFO (APA PsycNET) :**

159 résultats pour **Termes de l'index** : {Crime Victims} OU {Sexual Abuse} OU {Sexual assault victims} OU {rape} OU {incest} **ET N'importe quel champ** : {Dreaming} OU {Insomnia} OU {Nightmares} OU {Parasomnias} OU {Sleep} OU {Sleep Disorders} **ET N'importe quel champ** : {Treatment} OU {Intervention} OU {Drug Therapy} OU {Psychopharmacology} **ET Année** : 1978 À 2017

→ **Medline (PubMed):**

190 results: (((((((({Crime Victims} OR {Sexual Abuse} OR {Sexual assault victims} OR {rape} OR {incest})) AND ({Dreaming} OR {Insomnia} OR {Nightmares} OR {Parasomnias} OR {Sleep} OR {Sleep Disorders})) AND ({Treatment} OR {Intervention} OR {Drug Therapy} OR {Psychopharmacology}))))))

→**ProQuest Dissertations and Theses:**

161 results : ((((((all({Crime Victims}) OR all({Sexual Abuse}) OR all({Sexual assault victims}) OR all({rape}) OR all({incest})))) AND (all({Dreaming}) OR all({Insomnia}) OR all({Nightmares}) OR all({Parasomnias}) OR all({Sleep}) OR all({Sleep Disorders})))) AND (all({Treatment}) OR all({Intervention}) OR all({Drug Therapy}) OR all({Psychopharmacology}))))))

→**Embase**

211 results : 'sexual assault'/exp OR 'assault, sexual':ab,ti OR 'sex assault':ab,ti OR 'sexual assault':ab,ti OR 'sexual abuse'/de OR 'sex abuse':ab,ti OR 'sexual abuse':ab,ti OR 'pedophilia'/exp OR 'pederasty' OR 'pedophilia' OR 'pedophily' AND ('intervention' OR 'drug therapy'/de OR 'drug therapy':ab,ti OR 'drug treatment':ab,ti OR 'medicament therapy':ab,ti OR 'medicament treatment':ab,ti OR 'medication':ab,ti OR 'medicinal therapy':ab,ti OR 'medicinal treatment':ab,ti OR 'pharmaceutical therapy':ab,ti OR 'pharmaceutical treatment':ab,ti OR 'pharmaco-therapy':ab,ti OR 'pharmaco-treatment':ab,ti OR 'pharmacological therapy':ab,ti OR 'pharmacological treatment':ab,ti OR 'pharmacotherapy':ab,ti OR 'pharmacotreatment':ab,ti OR 'therapeutic uses':ab,ti OR 'therapy, drug':ab,ti OR 'therapy, pharmacological':ab,ti OR 'treatment, drug':ab,ti OR 'treatment, pharmacological':ab,ti OR 'psychopharmacology'/de OR 'neuropsychopharmacology':ab,ti OR 'pharmacopsychology':ab,ti OR 'psychopharmacology':ab,ti OR 'treatment') AND ('nightmare'/de OR 'nightmare':ab,ti OR 'pavor nocturnus':ab,ti OR 'insomnia'/de OR 'hyposomnia':ab,ti OR 'insomnia':ab,ti OR 'sleep initiation and maintenance disorders':ab,ti OR 'sleeplessness':ab,ti OR 'sleep disturbance'/de OR 'sleep disorder':ab,ti OR 'sleep disorders':ab,ti OR 'sleep disorders, intrinsic':ab,ti OR 'sleep disturbance':ab,ti OR 'sleep wake disorder':ab,ti OR 'sleep wake disorders':ab,ti OR 'sleep'/de OR 'sleep':ab,ti OR 'dreaming'/exp OR 'dream formation':ab,ti OR 'parasomnia'/exp OR 'rem sleep behavior disorder' OR 'rem sleep behaviour disorder' OR 'rem sleep parasomnias' OR 'dystonia, nocturnal paroxysmal' OR 'nocturnal myoclonus syndrome' OR 'nocturnal paroxysmal dystonia' OR 'paralysis, sleep' OR 'parasomnia' OR 'parasomnia, rem sleep' OR 'parasomnias' OR 'sleep paralysis' OR 'sleep-wake transition disorders')

→**The Cochrane Library**

13 results: '(Child Abuse, Sexual or sexual abuse or sexual assault or Sexual Harassment or Rape or Incest) and (Dreams or Sleep Initiation and Maintenance Disorders or Sleep Wake Disorders or nightmare or insomnia) and (Clinical Trial or pharmacology or intervention or therapy or medication or drug therapy) in Title, Abstract, Keywords in Trials'

Annexe F : Laboratoires contactés travaillant sur le sujet

Personne-ressource / Laboratoire	Adresse(s) courriel
Barry Krakow, M.D. University of New Mexico Health Sciences Center, Albuquerque, New Mexico / Sleep and Human Health Institute, Albuquerque, New Mexico.	bkrakow@sleepreatment.com ou bkrakow@salud.unm.edu
Anne Germain, Ph.D. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, PA.	ang2@pitt.edu or germaina@upmc.edu
Daniel J. Buysse, M.D. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, PA.	buyssej@upmc.edu
Tara Galovski, Ph.D. Department of Psychology, Center for Trauma Recovery, University of Missouri-St. Louis, St. Louis, MO.	galovskit@msx.umsl.edu
Patricia A. Resick, Ph.D. National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, Boston University School of Medicine, and Boston University, Boston, MA.	paresick@bu.edu
Jeffrey R. Strawn, M.D. Department of Psychiatry, College of Medicine University of Cincinnati, Cincinnati, OH.	jeffrey.strawn@uc.edu
Joanne Davis, Ph.D. University of Tulsa, National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina.	joanne-davis@utulsa.edu
Heidi Resnick, Ph.D. National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina.	resnickh@musc.edu
Jason C. DeViva, Ph.D. Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire.	jason.deviva@yale.edu
Claudia Zayfert, Ph.D. Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire.	claudia.zayfert@dartmouth.edu
Wilfred R. Pigeon, Ph.D. Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire. Department of Psychiatry, University of Rochester Medical Center, Rochester, New York.	wilfred_pigeon@urmc.rochester.edu
Philip R. Gehrman, Ph.D. University of Pennsylvania and Philadelphia VA Medical Center.	gehrman@exchange.upenn.edu
Cassidy A. Gutner, Ph.D. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, VA Boston Healthcare System.	cassidy.gutner@va.gov cgutner@bu.edu
Melynda D. Casement, Ph.D. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, VA Boston Healthcare System.	casementmd@upmc.edu
Biza Stenfert Kroese, Ph.D. Shropshire County NHS Primary Care Trust, Psychological Service for Adults with a Learning Disability, Wellington, Telford, Shropshire, UK.	b.stenfert-kroese@bham.ac.uk

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

<p>Pallavi Nishith, Ph.D. Center for Trauma Recovery, University of Missouri-St. Louis, St.Louis, Missouri.</p>	<p>pnishith@umsl.edu</p>
<p>D. Bradford Reich, M.D. Trauma and Dissociative Program, McLean Hospital, Belmont. Department of Psychiatry, Harvard University, Boston, Massachusetts.</p>	<p>reichb@mcleanpo.mclean.org</p>
<p>Fletcher B. Taylor, M.D. Rainier Associates, Tacoma, Wa.</p>	<p>Fletcher-Taylor@omrf.org</p>
<p>Paul Willner, Ph.D. Department of Psychology, University of Wales Swansea, Swansea SA2 8PP, UK.</p>	<p>p.willner@swansea.ac.uk</p>
<p>Geneviève Belleville, Ph.D. École de psychologie, Pavillon Félix-Antoine-Savard Université Laval, Québec (Québec), Canada</p>	<p>genevieve.belleville@psy.ulaval.ca</p>
<p>Sophie Desjardins, Ph.D. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Québec, Canada.</p>	<p>sophie.desjardins@uqtr.ca</p>
<p>Antonio Zadra, Ph.D. Département de psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada.</p>	<p>antonio.zadra@umontreal.ca</p>
<p>Tore Nielsen, Ph.D. Dream & Nightmare Laboratory. Center for Advanced Research in Sleep Medicine, Hopital du Sacre-Coeur de Montreal, Québec, Canada.</p>	<p>tore.nielsen@umontreal.ca</p>
<p>Ross Levin, Ph.D. Ferkau Graduate School of Psychology, Yeshiva University, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY.</p>	<p>rosslevin@drrosslevin.com</p>
<p>Kathryn Belicki, Ph.D. Department of Psychology, Brock University, Ontario, Canada.</p>	<p>kathy.belicki@brocku.ca</p>

Annexe G : Grille d'évaluation de la qualité méthodologique**Liste des critères méthodologiques recommandés par le *Cochrane Back Review Group*³⁷ pour évaluer la qualité des études**

	Item	Réponse* Oui (+), Non (-), Ne sait pas (?)
A	La méthode de randomisation est-elle adéquate?	
B	L'assignation aux conditions expérimentales est-elle faite à l'aveugle (dissimuler par une personne indépendante autre que celle qui a établi l'admissibilité des participants)?	
C	À l'évaluation initiale, les groupes sont-ils similaires sur les plus importants indicateurs de pronostic?	
D	Est-ce que les participants sont aveugles à l'intervention?	
E	Est-ce que les thérapeutes/cliniciens (« <i>care providers</i> ») sont aveugles à l'intervention?	
F	Est-ce les évaluateurs (« <i>outcome assessors</i> ») sont aveugles à l'intervention?	
G	Est-ce que la co-intervention est évitée ou, si présente, est-elle similaire entre les groupes (ou entre les participants d'un même groupe) ?	
H	L'intégrité du traitement est-elle respectée (intensité, durée, nombre et fréquence) pour tous les groupes ?	
I	Le taux d'attrition est-il décrit et acceptable?	
J	Les évaluations sont-elles réalisées au même moment pour tous les groupes?	
K	Est-ce que des analyses de type <i>Intention-to-treat</i> sont utilisées?	
TOTAL*		/11

*Si le résultat total est ≤ 5 réponse positives sur 11 = Faible qualité méthodologique, car comporte un haut risque de biais méthodologiques.

³⁷ À noter que les critères ont fait l'objet d'une traduction libre de l'anglais au français. **Source:** Van Tulder, Furlan, Bombardier, Bouter, & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review (2003).

N.B. Les deux tableaux ici-bas ont été récupérés à partir de l'article de :

Van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L., & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 28(12), 1290-1299.

1294 *Spine* • Volume 28 • Number 12 • 2003

Table 3. Operationalization of the Criteria List

A	A random (unpredictable) assignment sequence. Examples of adequate methods are computer generated random number table and use of sealed opaque envelopes. Methods of allocation using date of birth, date of admission, hospital numbers, or alternation should not be regarded as appropriate.
B	Assignment generated by an independent person not responsible for determining the eligibility of the patients. This person has no information about the persons included in the trial and has no influence on the assignment sequence or on the decision about eligibility of the patient.
C	In order to receive a "yes," groups have to be similar at baseline regarding demographic factors, duration and severity of complaints, percentage of patients with neurologic symptoms, and value of main outcome measure(s).
D	The reviewer determines if enough information about the blinding is given in order to score a "yes."
E	The reviewer determines if enough information about the blinding is given in order to score a "yes."
F	The reviewer determines if enough information about the blinding is given in order to score a "yes."
G	Cointerventions should either be avoided in the trial design or similar between the index and control groups.
H	The reviewer determines if the compliance to the interventions is acceptable, based on the reported intensity, duration, number and frequency of sessions for both the index intervention and control intervention(s).
I	The number of participants who were included in the study but did not complete the observation period or were not included in the analysis must be described and reasons given. If the percentage of withdrawals and drop-outs does not exceed 20% for short-term follow-up and 30% for long-term follow-up and does not lead to substantial bias a "yes" is scored. (N.B. these percentages are arbitrary, not supported by literature).
J	Timing of outcome assessment should be identical for all intervention groups and for all important outcome assessments.
K	All randomized patients are reported/analyzed in the group they were allocated to by randomization for the most important moments of effect measurement (minus missing values) irrespective of noncompliance and cointerventions.

Table 4. Criteria List for the Methodological Quality Assessment

A	Was the method of randomization adequate?	Yes/No/Don't know
B	Was the treatment allocation concealed?	Yes/No/Don't know
C	Were the groups similar at baseline regarding the most important prognostic indicators?	Yes/No/Don't know
D	Was the patient blinded to the intervention?	Yes/No/Don't know
E	Was the care provider blinded to the intervention?	Yes/No/Don't know
F	Was the outcome assessor blinded to the intervention?	Yes/No/Don't know
G	Were cointerventions avoided or similar?	Yes/No/Don't know
H	Was the compliance acceptable in all groups?	Yes/No/Don't know
I	Was the drop-out rate described and acceptable?	Yes/No/Don't know
J	Was the timing of the outcome assessment in all groups similar?	Yes/No/Don't know
K	Did the analysis include an intention-to-treat analysis?	Yes/No/Don't know

N.B. Le tableau ici-bas a été récupéré à partir de l'article de :

Furlan, A. D., Pennick, V., Bombardier, C., & Van Tulder, M. (2009). 2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 34(18), 1929-1941.

Table 3. Criteria for a Judgment of "Yes" for the Sources of Risk of Bias

1	A random (unpredictable) assignment sequence. Examples of adequate methods are coin toss (for studies with 2 groups), rolling a dice (for studies with 2 or more groups), drawing of balls of different colors, drawing of ballots with the study group labels from a dark bag, computer-generated random sequence, pre-ordered sealed envelopes, sequentially-ordered vials, telephone call to a central office, and pre-ordered list of treatment assignments. Examples of inadequate methods are: alternation, birth date, social insurance/security number, date in which they are invited to participate in the study, and hospital registration number.
2	Assignment generated by an independent person not responsible for determining the eligibility of the patients. This person has no information about the persons included in the trial and has no influence on the assignment sequence or on the decision about eligibility of the patient.
3	This item should be scored "yes" if the index and control groups are indistinguishable for the patients or if the success of blinding was tested among the patients and it was successful.
4	This item should be scored "yes" if the index and control groups are indistinguishable for the care providers or if the success of blinding was tested among the care providers and it was successful.
5	Adequacy of blinding should be assessed for the primary outcomes. This item should be scored "yes" if the success of blinding was tested among the outcome assessors and it was successful or: -for patient-reported outcomes in which the patient is the outcome assessor (e.g., pain, disability): the blinding procedure is adequate for outcome assessors if participant blinding is scored "yes" -for outcome criteria assessed during scheduled visit and that supposes a contact between participants and outcome assessors (e.g., clinical examination): the blinding procedure is adequate if patients are blinded, and the treatment or adverse effects of the treatment cannot be noticed during clinical examination -for outcome criteria that do not suppose a contact with participants (e.g., radiography, magnetic resonance imaging): the blinding procedure is adequate if the treatment or adverse effects of the treatment cannot be noticed when assessing the main outcome -for outcome criteria that are clinical or therapeutic events that will be determined by the interaction between patients and care providers (e.g., co-interventions, hospitalization length, treatment failure), in which the care provider is the outcome assessor: the blinding procedure is adequate for outcome assessors if item "4" (caregivers) is scored "yes" -for outcome criteria that are assessed from data of the medical forms: the blinding procedure is adequate if the treatment or adverse effects of the treatment cannot be noticed on the extracted data
6	The number of participants who were included in the study but did not complete the observation period or were not included in the analysis must be described and reasons given. If the percentage of withdrawals and drop-outs does not exceed 20% for short-term follow-up and 30% for long-term follow-up and does not lead to substantial bias a "yes" is scored. (N.B. these percentages are arbitrary, not supported by literature).
7	All randomized patients are reported/analyzed in the group they were allocated to by randomization for the most important moments of effect measurement (minus missing values) irrespective of non-compliance and co-interventions.
8	In order to receive a "yes", the review author determines if all the results from all pre-specified outcomes have been adequately reported in the published report of the trial. This information is either obtained by comparing the protocol and the report, or in the absence of the protocol, assessing that the published report includes enough information to make this judgment.
9	In order to receive a "yes", groups have to be similar at baseline regarding demographic factors, duration and severity of complaints, percentage of patients with neurological symptoms, and value of main outcome measure(s).
10	This item should be scored "yes" if there were no co-interventions or they were similar between the index and control groups.
11	The reviewer determines if the compliance with the interventions is acceptable, based on the reported intensity, duration, number and frequency of sessions for both the index intervention and control intervention(s). For example, physiotherapy treatment is usually administered over several sessions; therefore it is necessary to assess how many sessions each patient attended. For single-session interventions (e.g., surgery), this item is irrelevant.
12	Timing of outcome assessment should be identical for all intervention groups and for all important outcome assessments.

Annexe H : Grille d'extraction et de codification des études primaires

Projet : Efficacité des traitements des cauchemars et des perturbations du sommeil chez les VAS³⁸

L'introduction de l'étude fait-elle référence à des études de traitement des cauchemars et/ou de l'insomnie que nous ne possédons pas ? Oui Non

Entrer la référence dans la banque Endnote appropriée. Poursuivre.

La discussion de l'étude fait-elle référence à des études de traitement des cauchemars et/ou de l'insomnie ayant des résultats partiels (en cours) ou complets que nous ne possédons pas ? Oui Non

Entrer la référence dans la banque Endnote appropriée. Poursuivre.

Partie 1
Identification de la publication et du juge (mauve)

1.1. Auteurs :

Inscrire les noms de famille seulement, séparés par des virgules et le signe « & ». Inscrire jusqu'à cinq noms. Compléter par « et al. » si plus de cinq auteurs.

Exemples :

(1 nom) Broocks

(2 noms) Broocks & Bandelow

(3-5 noms) Broocks, Bandelow, Pekrun, George, & Meyer

(> 5 noms) Broocks, et al.

(authors)

1.2. Sources

1. Revue/Journal
2. Livre
3. Thèse/Mémoire
4. Autres

(source)

1.3. Année

Entrer les quatre chiffres de l'année de la publication.

(year)

1.4. Juge

1. Jérémie Lefrançois
2. Frédéric Grondin
3. Roxane Brochu

(judge)

1.5 Date de l'extraction de données

Format : yyyy/mm/dd

(date)

³⁸ Grille inspirée du laboratoire de Geneviève Belleville, PhD, École de Psychologie, Université Laval, 2011.

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 2

Descripteurs de l'étude (souligner en vert)

2.1. Échantillonnage

1. Échantillon de convenance (affiches, références, clinique, etc.)
2. Échantillon représentatif

(sample)

2.2. Assignation des participants

1. Pas d'assignation
2. Aléatoire
3. Cohorte (selon site ou moment du recrutement)
4. Selon préférence du participant

(assign)

2.3. Groupe de comparaison

1. Pas de groupe de comparaison
2. Sans traitement
3. Liste d'attente
4. Placebo/Traitement non-spécifique
5. Autre traitement non pharmacologique
6. Traitement pharmacologique

(compare)

2.4. Données sur les cauchemars et/ou le sommeil recueillies lors des relances (follow-up) ?

1. Oui
2. Non

(nightmares/sleep_FU)

2.5. Durée de la plus longue relance (follow-up) incluant des données sur les cauchemars/sommeil ?

1. 0,1 - 1 mois
2. 1,1 - 3 mois
3. 3,1 - 6 mois
4. 6,1 - 12 mois
5. Plus de 12 mois

(FU_duration)

2.6 Critères d'éligibilité

Spécifier les critères d'inclusion/d'exclusion.

(eligibility_criteria)

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 3	
Descripteurs de l'échantillon (souligner en rose)	
3.1. Taille de l'échantillon Inscrire la taille de l'échantillon total au niveau de base.	_____
	(n_total)
3.2. Genre Inscrire le % de femmes dans l'échantillon total (calculer si nécessaire).	_____
	(gender)
3.3. Âge moyen Inscrire l'âge moyen de l'échantillon total.	_____
	(age_mean)
3.4. Écart-type de l'âge. Inscrire l'écart-type de l'âge pour l'échantillon total.	_____
	(age_sd)
3.5. Autres variables sociodémographiques : Inscrire autres variables sociodémo. (ex. ethnique, statut économique, etc.)	_____
	(other_sociodemo)
3.6. Trouble du sommeil (préciser si possible) <ol style="list-style-type: none"> 1. Trouble du cauchemar 2. Insomnie primaire 3. Insomnie comorbide (secondaire) 4. Non précisé (problems with sleep, sleep difficulties) 5. Autre 	_____
	(sleepdisorder)
3.7. S'agit-il d'une population possédant une condition médicale (e.g., douleur chronique) ou un autre trouble psychiatrique (e.g., dépendance à l'alcool, dépression, trouble de la personnalité, etc.) ? <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	_____
	(comorbidity1)
3.8. Si oui, quelle(s) est/sont la(les) condition(s) ou le trouble(s) ? La/ Les inscrire (en anglais).	_____ _____
	(comorbidity2)
3.9. S'agit-il d'une population rapportant explicitement un problème avec l'anxiété (i.e. diagnostic de Trouble Anxieux ou ÉSPT) ? <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	_____
	(anxietydisorder1)
3.10. Si oui, quel Trouble Anxieux ? <ol style="list-style-type: none"> 1. Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT, PTSD) 2. Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) 3. Trouble Panique 4. Phobie Sociale 5. Phobie spécifique 6. Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) 7. Plus d'un trouble représenté dans l'échantillon (lesquels : _____) 8. Autres (e.g. sx sous-cliniques) : _____ 	_____
	(anxietydisorder2)
*Si l'échantillon possède deux de ces troubles en comorbidité, inscrire les deux chiffres. Exemple : TAG et TP = 2-3	
3.11. Pourcentage de mortalité expérimentale post-traitement.	_____
	(attrition)

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 4

Descripteurs du traitement (surligner en bleu)

4.1. Quelles sont les composantes de traitement offertes (inscrire tous les numéros)?

1. Relaxation
2. Stimulus control
3. Sleep restriction
4. Sleep hygiene education
5. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I)
6. Imagery Rehearsal Therapy (IRT)
7. Exposition, Relaxation and Retranscription Therapy (ERRT)
8. Lucid Dreaming Therapy (LDT)
9. Pharmacology (précisez : _____)
10. Autres

_____ (treatment1)

_____ (treatment2)

4.2. Si autre (10), quel est le type de traitement ?

Inscrire le nom utilisé (en anglais).

_____ (nb_sessions)

4.3. Combien de séances de thérapie ont été offertes ?

Inscrire le nombre de séances de thérapie (ou la moyenne si variable selon les participants).

_____ (dur_sessions)

4.4. Combien de temps durait chaque séance ?

Inscrire le temps en minutes (ou la moyenne si variable selon les participants). S'il y a plus d'une durée selon les séances (e.g., séances de relance plus courtes que séances régulières), inscrire le temps associé au plus grand nombre de séances.

_____ (tx_modality)

4.5. Quelle était la modalité d'implantation du traitement ?

1. En personne - individuel
2. En personne - groupe
3. À distance - avec contact (internet, téléphone, etc.)
4. À distance - sans contact

_____ (tx_manual)

4.6 Y avait-il un manuel de traitement standardisé ?

1. Oui
2. Non

_____ (therapists)

4.7 Dans le cas d'un traitement avec contact d'un thérapeute, qui étaient les thérapeutes ?

1. Psychologues
2. Étudiants gradués en psychologie
3. Autres professionnels (e.g., infirmières, médecins)
4. Autres

_____ (anxietymanagement)

4.8 Le traitement de cauchemars/sommeil incluait-il une composante spécifique de gestion de l'anxiété découlant du trauma sexuel (autre que spécifiquement liée au domaine du sommeil)?

1. Oui (si oui, précisez : _____)
2. Non

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

STOP – STOP – STOP – STOP – STOP – STOP

Instructions importantes pour la codification des informations quantitatives

Nombre de variables des cauchemars et du sommeil rapportées ?

(nb_sleep/nightm_var)

Si > 1, compléter les sections 5 à 8 pour chacune des variables sur la même feuille :

1. Dans la partie grise des sections 5 à 8, indiquer le nom d'une première variable et compléter les informations.
2. Dans l'espace blanc suivant chaque tableau, inscrire le nom de la seconde variable, puis énumérer les numéros de question – e.g. 5.2 à 5.4 – avec les valeurs correspondantes.
3. Recommencer pour chacune des variables supplémentaires (utiliser le verso des grilles au besoin).

Nombre de groupes de traitement éligibles à l'intérieur de l'étude ?

(number_group)

Si > 1, compléter les sections 5 à 8 pour chacun des groupes sur des feuilles différentes :

1. Ré-imprimer les sections 5 à 8 pour chacun des groupes supplémentaires.
2. Indiquer dans la partie grise de chaque section à quel groupe de traitement les données font référence.

Exemples :

- Une étude compare un groupe de CBT de l'insomnie à un groupe contrôle sans traitement sur trois mesures d'anxiété (STAI, BAI, et arousal). Les sections 5 à 8 ne sont imprimées qu'une fois. Dans les sections grises, inscrire STAI et compléter les informations. Dans l'espace blanc en bas des tableaux, inscrire BAI, puis les numéros de questions et les informations correspondantes. Recommencer pour arousal.
- Une étude compare un groupe de relaxation à un groupe d'hygiène du sommeil sur une mesure d'anxiété. Imprimer les sections 5 à 8 deux fois. Dans la première série, identifier le groupe (i.e., relaxation) dans les sections grises compléter l'information. Répéter le processus pour la deuxième série en inscrivant « hygiène du sommeil » dans les sections grises.
* UN GROUPE DE TRAITEMENT NE PEUT PAS SERVIR DE CONTRÔLE À UN AUTRE GROUPE DE TRAITEMENT. UTILISER SEULEMENT LES GROUPE SANS TRAITEMENT, LISTE D'ATTENTE, PLACEBO/NON-SPÉCIFIQUE COMME CONTRÔLE. SI L'ÉTUDE NE COMPREND QUE DES GROUPE S DE TRAITEMENT, INSCRIRE 998 AUX SECTIONS 6 ET 8.
- Une étude compare deux groupes de traitement sur deux mesures d'anxiété. Imprimer les sections 5 à 8 deux fois (pour chacun des groupes) ET compléter l'information à la fois dans la grille (1^{ere} mesure d'anxiété) et dans l'espace blanc (2^e mesure d'anxiété).

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 5

Mesure des cauchemars et des perturbations du sommeil (surligner en orange)

5.1 Comment les cauchemars et le sommeil ont-ils été mesurés ?

1. Entrevue diagnostique (e.g. EDI, SCID, CAPS)
2. Auto-observations quotidiennes
3. Questionnaire validé à cette fin (e.g. ISI, CAS, PSQI, NDQ)
4. Journaux de rêves/cauchemars
5. Agenda de sommeil (sleep diary)
6. Item retiré d'un questionnaire ou d'une entrevue et validé à d'autres fins
7. Question de sondage
8. Laboratoire (e.g. polysomnographie, actigraphie, etc.)
9. Autres

(sleep/nightm_measure)

5.2 Si un questionnaire, une sous-échelle ou une entrevue a été utilisé, inscrire le nom de l'instrument (ou des instruments si plusieurs).

(sleep/nightm_measure2)

5.3 Inscrire le nom du construit mesuré (e.g., nightmares frequency, nightmares distress, sleep efficiency, sleep quality, etc.).

(sleep/nightm_construct)

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 6

**Taille d'effet - comparaison entre les groupes au post-traitement
(surligner en jaune)**

6.1 Moyenne du groupe expérimental au post-traitement.

(postmean_exp)

6.2 Écart-type du groupe expérimental au post-traitement.

(postSD_exp)

6.3 Taille de l'échantillon du groupe expérimental au post-traitement.

(postN_exp)

6.4 Moyenne du groupe contrôle au post-traitement.

(postmean_ctrl)

6.5 Écart-type du groupe contrôle au post-traitement.

(postSD_ctrl)

6.6 Taille de l'échantillon du groupe contrôle au post-traitement

(postN_ctrl)

6.7 Taille d'effet (positive si cauchemars/difficultés de sommeil plus faibles dans le groupe de traitement)

(ES-exp_vs_ctrl)

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 7

**Taille d'effet - comparaison pré-post pour le groupe expérimental
(souligner en jaune)**

7.1 Moyenne du groupe expérimental au pré-traitement.

(premean_exp)

7.2 Écart-type du groupe expérimental au pré-traitement.

(preSD_exp)

7.3 Taille de l'échantillon du groupe expérimental au pré-traitement.

(preN_exp)

7.4 Moyenne du groupe expérimental au post-traitement.

(postmean_exp)

7.5 Écart-type du groupe expérimental au post-traitement.

(postSD_exp)

7.6 Taille de l'échantillon du groupe expérimental au post-traitement

(postN_exp)

7.7 Taille d'effet (positive si cauchemars/difficultés de sommeil plus faibles au post-traitement)

(ES_prepost_exp)

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Partie 8

**Taille d'effet – comparaison pré-post pour le groupe contrôle
(souligner en jaune)**

8.1 Moyenne du groupe contrôle au pré-traitement.	<u>(premean_ctrl)</u>
8.2 Écart-type du groupe contrôle au pré-traitement.	<u>(preSD_ctrl)</u>
8.3 Taille de l'échantillon du groupe contrôle au pré-traitement.	<u>(preN_ctrl)</u>
8.4 Moyenne du groupe contrôle au post-traitement.	<u>(postmean_ctrl)</u>
8.5 Écart-type du groupe contrôle au post-traitement.	<u>(postSD_ctrl)</u>
8.6 Taille de l'échantillon du groupe contrôle au post-traitement	<u>(postN_ctrl)</u>
8.7 Taille d'effet (positive si cauchemars/difficultés de sommeil plus faibles au post-traitement)	<u>(ES_prepost_cont)</u>

*Code données manquantes

997 : Donnée rapportée, mais non transformable

998 : Non applicable

999 : Non rapportée

*Rapporter les données à deux décimales près.

Si l'information n'est pas disponible, inscrire 0. Exemple : 57,1 = 57,10 ; 34 = 34,00

Annexe I : Tableau-synthèse des caractéristiques des échantillons³⁹

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
1. Antal (2005)	101	F (87,5) H (12,5)	18-22 ans (?)	Undergraduate students 42%caucasiens 55% noirs 3% autres	ASE Dernier épisode : n-s Nature: n-s Fréquence: n-s Sévérité: n-s	sx dépressifs, sx anxieux, sx somatiques, idées suicidaires.	?	Présentés comme sx apparents, mais non-précisés en termes de : CMs, difficultés à initier, maintenir, se réveiller le matin.
2. Coelho et al. (2013)	1	F (100)	62 ans (n/a)	Éducation (doctorat, PhD) Divorcée	ASE intrafamilial Dernier épisode : n- s, a dévoilé AS 1 ^{ère} fois à 11 ans. Nature : inceste par le père. Fréquence : multiples épisodes. Sévérité : attouchements sexuels + sexe oral, chambre à coucher des parents, devant ses jeunes sœurs.	sx dépressifs, gain de poids intense (100kg en 2 ans), sx de post- ménopause.	<i>Oui, monitoré par son médecin en parallèle à la psychothérapie.</i> <i>Début :</i> Alprazolam (0,5mg/jour) <i>Après 10^e séance :</i> Zolpidem (10mg/jour) + Fluoxetine (60mg/jour)	Trouble du CM. Insomnie comorbide (de maintien). Apnée du sommeil obstructive (OSA).

³⁹ **Légende :** ne sait pas / données manquantes (?); abus sexuel à l'enfance (ASE); abus sexuel à l'adulte (ASA); antécédents (atcd); Beck Anxiety Inventory (BAI); Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS); Beck Depression Inventory (BDI); Clinical-Administred PTSD Scale (CAPS-item #2 nightmare frequency and intensity et CAPS- item #13 difficulty falling or staying asleep); Clinical Global Impression of Change (CGI-C); Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I); cauchemar (CM); Cognitive Processing Therapy (CPT); contrôle (ctrl); Child Sexual Abuse Questionnaire (CSAQ)/ Child Abuse Questionnaire (CAQ); diagnostic (dx); early morning awakenings (EMA); Exposition, Relaxation, Rescripting Therapy (ERRT); effets secondaire indésirables (e/s); expérimental (exp.); état de stress posttraumatique (ÉSPT); femmes (F); follow-up (FU); hommes (H); non-applicable (n/a); non-spécifié (n-s); Nightmare Distress Questionnaire (NDQ); Nightmare Effect Survey (NES); Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ); obstructive sleep apnea (OSA); PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C); Prolonged Exposure (PE); Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI); polysomnographie (PSG); qualité de sommeil (QS); randomized-controlled trials (RCTs); thérapie de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM); médication (Rx); sleep efficiency (SE); significative (sig.); sleep onset latency (SOL); sommeil paradoxal (SP); Sleep-Wake Scale (SWS); symptômes (sx); traitement cognitif-comportemental (TCC); Traumatic-Related Nightmares Survey (TRNS); total sleep time (TST); thérapie (Tt); wake after sleep onset (WASO).

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
3. Davis et al. (2003)	1	F (100)	16 (n/a)	Noire, statut socioéconomique faible. Demeure en milieu criminogène (frère dealer, mère VAS, violence conjugale).	ASE extrafamilial + témoin de violence conjugale entre ses parents = polytraumatismes. Dernier épisode : 2 ans avant Tt. Nature : violée à répétition par son ancien voisin. Fréquence : plusieurs mois. Sévérité : AS de niveau 2 avec menaces de mort + violence et contrainte physique.	ÉSPT, trouble panique, épisode dépressif majeur, anxiété, attaques de panique, phobie sociale, irritabilité.	?	Trouble du CM (posttraumatique) et difficultés à initier et maintenir le sommeil.
4. Davis et al. (2005)	4	F (75) H (25)	Cas 1 : 20 Cas 2 : 62 Cas 3 : 40 Cas 4 : 32 Moy. calculée : 38,5 (17,7)	100 % caucasiennes, 75 % avec emploi, 25% sans emploi, 100 % haute scolarité.	Cas 1 : Multiples ASE de type intrafamilial, sévères (violence physique et arme – niveau 2) + trauma lié accident de voiture. Cas 2 : Multiples traumas, liés à des viols (extrafamiliaux), catastrophe naturelle, violence conjugale, plusieurs accidents de voiture. Cas 3 : ASE intrafamilial + viol (extrafamilial), accidents de voiture. Cas 4 : ASE, accident de voiture sévère, agression physique.	Tous : ÉSPT, sx dépressifs. Cas 4 : Trouble bipolaire.	?	Trouble du CM sévère pour la plupart (présents depuis plus de dix ans). Perturbations de sommeil (difficultés à initier et à maintenir, à se sentir reposé le matin, fatigue diurne, etc.).

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
					Tous : polytraumatisés			
5. DeViva et al. (2005)	5	F (100)	40,6 (14,96)	Étendue d'âge 18-56 ans. 100% caucasiennes.	4/5 ont eu ASE (n-s si intra ou extrafamilial) 2/5 ont eu ASA (n-s) 1/5 aussi trauma lié suicide de son frère	Phobie sociale (1 patiente /5)	Trazodone, Zolpidem pour le sommeil et autres Rx (anxiolytiques, antipsychotiques atypiques).	Insomnie persistante (après TCC-trauma).
6. Galovski et al. (2009)	108	F (100)	33 (10)	Femmes adultes, 15 ans de scolarité en moyenne, 90% caucasiennes, 72% célibataires (divorcée, séparée, veuve).	ASE, ASA datent d'environ 9 ans avant d'entrer dans l'étude de traitement.	ÉSPT (100%) Dépression majeure (47%) Atcd dépendance à l'alcool (49%) Trouble panique (14 %)	Différence sig. entre les deux groupes : plus de participants avec Rx pour sommeil dans le groupe PE que CPT. Contrôlé dans leurs analyses stats.	Difficultés de sommeil n-s.
7. Gehrman et al. (2010)	1	F (100)	55 (n/a)	?	ASE intrafamilial par son père + ASA conjugal par son 1 ^{er} mari.	ÉSPT, sx dépressifs marqués. Atcd : Abus d'alcool et drogues par le passé. Tentatives de suicide trois ans auparavant.	Psychothérapie + médication depuis plus de 35 ans (suivi psychiatre). Quiétiapine et Clonazepam.	CM et difficultés de sommeil (initier, maintenir) persistantes depuis plusieurs années. Effets de privation de sommeil depuis plusieurs années (baisse concentration, irritabilité, fatigue excessive, humeur négative).
8. Gutner et al. (2013)	171	F (100)	32 (9,98)	Femmes adultes 14 ans de scolarité en moyenne.	ASE (41% avec contact sexuel génital), ASA (48%)	ÉSPT (100%)	Différence sig. entre les deux groupes : plus de	Difficultés de sommeil n-s.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
				72% caucasiennes 25% noires.	avec plus d'un abus sexuel. datent d'environ 9 ans avant d'entrer dans l'étude de traitement.		participants avec Rx pour sommeil dans le groupe PE que CPT (contrôlé dans leurs analyses stats).	
9. Harmon et al. (1996)	7	F (50) H (50)	Étendue 3 à 6 (n/a)	Enfants âge préscolaire, milieu défavorisé, famille d'accueil ou adoptive. 50 % noirs, 25 % caucasiens, 25% hispaniques.	ASE et abus physique.	ÉSPT Sx dépressifs Troubles attentionnels Trouble d'attachement.	Imipramine pour traiter sx dépressifs (2 enfants) + Tous les enfants suivis en thérapie individuelle et systémique (famille).	Difficultés de sommeil n-s (incluant insomnie et CMs).
10. Krakow et al. (2001a)	168	F (100)	RRIM : 40 (11,2) ctrl : 36 (9,3)	48% RRIM et 42% ctrl ont haute scolarité, 46% RRIM et 43% ctrl sont mariés, 70% RRIM et 58% ctrl caucasiens, 56% RRIM et 65% ctrl font plus de 10 000\$/an.	ASE, ASA. Fréquence : 58% ont vécu AS répétées pendant une période plus grande que 8 ans. Sévérité : 77% rapportent AS violents. 78% ont multiples traumas.	ÉSPT (100%)	Au pré, 79% reçoivent en parallèle une Tt psychologique concomitante et/ou prennent Rx (antidépresseurs tricycliques ou des ISRS).	Difficultés de sommeil n-s (incluant CMs et perturbations du sommeil).
11. Krakow et al. (2001b)	30	F (100)	15,6 (1)	Adolescentes judiciarisées pour divers actes criminels. 70% ont déjà consulté un professionnel en santé mentale auparavant.	Forte prévalence (76%) d'expériences sexuelles non-désirées (ASE). 69% abusées sexuellement par un adulte	83 % ont atcd de consommation de substances illicites. 43% ont déjà été traitées avec Rx pour dépression.	?	CMs récurrents depuis plus de 4,5 ans (en moy.). Insomnie n-s. Troubles respiratoires en sommeil n-s.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
					21% abusées sexuellement par un pair du même âge (ado).			
12. Kroese & al. (2006)	2	F (100)	21 (4,24)	<p>Cas 1 : Déficience intellectuelle légère (QI entre 55-69) souffre de nanisme, mère mono- parentale d'un enfant 1 an.</p> <p>Cas 2 : Déficience intellectuelle légère (QI entre 55-69) Habite chez ses parents.</p>	<p>Cas 1 : ASE de type intrafamilial (par le père) de ses 5 à 15 ans; derniers traumas sexuels, physiques et émotionnels il y a 3 ans.</p> <p>Cas 2 : ASA de type extrafamilial (par 1 usager de services), sexuellement inexpérimentée, dernier trauma sexuel il y a 1 an.</p>	<p>Cas 1 : Sx anxiété, Sx dépression, sx ÉSPT</p> <p>Cas 2 : Syndrome de Down; Sx ÉSPT, TAG, peur du noir.</p>	?	Trouble du CM + Difficultés de sommeil n-s.
13. Lorenz et al. (2013)	1	F (100)	28 (n/a)	Caucasienne.	ASA extrafamilial subi 18 mois avant l'étude.	<p><i>Au baseline :</i> Rien, autre les sx nocturnes ÉSPT.</p> <p><i>Atcd psychiatriques :</i> Dépression majeure récurrente de sévérité modérée, ÉSPT, Trouble de personnalité n-s.</p>	<p><i>Avant la prise de la Rx d'intérêt, Mme a suivi les paliers de progression suivant :</i></p> <p>40 mg paroxetine au coucher et 25 mg d'hydroxyzine pamoate pendant 4 mois;</p> <p>Suivi essai de trazodone 50-100 mg ajoutés pendant 6</p>	Trouble du CM + Insomnie comorbide

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
							semaines pour insomnie et CMs.	
14. Murray-Swank (2004)	6	F (100)	37,6 (7,86)	5/5 sont caucasiennes. Toutes de religion catholique.	4/5 victimes d'inceste à l'enfance ou adolescence (ASE intrafamilial) 1/5 ASA extrafamilial	Dépression (1/5) Trouble bipolaire (1/5) Sx anxio- dépressifs présents chez la plupart.	100% consultent/ ont consultations antérieures de professionnels santé mentale (entre 6 mois et 10 ans de consultation). Antidépresseur, Lithium.	CMs, Difficultés de sommeil n-s.
15. Oluwabusi et al. (2012)	2	F (100)	15,5 (0,71)	Cas 1 : Bonnes performances académiques prétrauma, faibles performances posttrauma. Cas 2 : ?	Cas 1 : ASE par 3 ados plus vieux, inconnus armés d'un couteau (ASE extrafamilial, niveau 2). Cas 2 : ASE répétés par membre de la famille depuis l'âge de 8 ans (ASE intrafamilial).	Cas 1 : ÉSPT. Cas 2 : ÉSPT, Trouble d'apprentissage, trouble de l'humeur n-s.	<i>Avant introduction de prazosine</i> Cas 1 : Bupropion 300 mg + TCC pour sx ÉSPT. Cas 2 : Sertraline 50- 100mg + TCC pour traiter sx ÉSPT.	CMs récurrents et sévères (thèmes agression physique, sexuelle, mort). Difficultés à initier, maintenir le sommeil et éveils matinaux précoces fréquents. Siestes diurnes pour récupérer.
16. Pigeon et al. (2009)	106	F (100)	36 (9)	<i>Ethnie</i> 50% afro- américaine ou hispanique. <i>Statut socioéconomique</i> 38% faible statut, 61% sans emploi Les groupes dans le RCT étaient équivalents en	ASE n-s.	Dépression majeure, ÉSPT, Dysthymie, Trouble panique, TOC, Dépendance drogue/alcool.	?	Insomnie diagnostiquée, mais n-s si primaire ou secondaire.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
				termes de sévérité de dépression, fardeau psychiatrique, données démographiques, à l'exception de l'âge (IPT=38,6±10,6; TAU = 33,9±8,4).				
17. Pruiksma et al. (2015)	1	H (100)	27 (n/a)	Militaire, Caucasien Marié 3 enfants	ASA extrafamilial lors d'un déploiement à l'étranger par des militaires Afghans.	ÉSPT sévère Dépression sévère. Atcd de dépendance à l'alcool + gain de poids 80 lbs quelques temps après son retour chez lui.	Thérapie axée sur les schémas en parallèle.	Insomnie sévère, CMs sévères.
18. Rijnders et al. (2000)	1	F (100)	29 (n/a)	Originaire de l'Afrique de l'Ouest. Déménagement aux Pays-Bas pour se réfugier de son pays d'origine.	ASA (extrafamilial) violée et presque tuée par les rebelles de son pays (AS niveau 3).	ÉSPT.	?	Trouble du CM.
19. Salviati et al. (2013)	1	F (100)	27 (n/a)	Étudiante universitaire; Famille membre d'une secte religieuse.	ASE (extrafamilial) par amis de la famille à plusieurs reprises depuis l'âge de 11 ans.	ÉSPT, anxiété (détresse intense), sx dépressifs.	Essais thérapeutiques de : Aripiprazole, Clonazepam, Sertraline = a diminué sx d'hyperactivation neurovégétative et anxiété, mais pas	Trouble du CM. Insomnie comorbide.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Taille échantillon(n)	Genre f (%) / h (%)	Âge moy. (é-t)	Autres var. sociodémo.	Contexte du trauma	Comorbidités au Baseline	Rx ou Tt concomitante	Symptômes nocturnes
							de changement sur le sommeil.	
20. Strawn et al. (2011)	1	H (100)	7 (n/a)	?	ASE n-s, trauma sexuel survenu il y a 10 mois dans sa chambre à coucher.	ÉSPT TDAH	Rx dexaméthylphénida te à action prolongée (5 mg chaque matin). Essai infructueux de mélatonine par le passé.	Insomnie comorbide initiale et de maintien. Trouble du CM.
21. Taylor (2003)	7	F (100)	40 (7)	Caucasiennes.	ASE n-s, durée moyenne de ÉSPT : 17 (11) ans.	ESPT (7/7) Dépression majeure (6/7) Trouble panique (2/7) TOC (1/7) Trouble bipolaire (1/7) TDAH (2/7)	Prise concomitante d'antidépresseurs ISRS pour 6/7 femmes. Histoire insatisfaisante d'essais de Rx diverses (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques, anticonvulsivants)	CMs récurrents.
22. Willner (2004)	1	H (100)	29 (n/a)	QI verbal de 52 (déficiência légère intellectuelle légère), agresseur sexuel et VAS durant son enfance.	ASE n-s.	Ruminations ÉSPT, colère, sentiment d'injustice, idées noires, tentative de suicide par le passé nécessitant hospitalisation.	TCC infructueuse par le passé en raison de son QI verbal pauvre.	CMs perturbants en lien avec le trauma sexuel subi durant son adolescence + d'autres CMs où il se voit en tant qu'agresseur sexuel.

Annexe J : Tableau-synthèse des caractéristiques méthodologiques⁴⁰

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignation des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
1. Antal (2005)	RCT	Aléatoire parmi trois conditions (2 exp. + 1 ctrl).	Oui. (gr. ctrl "no-writing")	Pré Post FU 1 mois	Répondre "oui" ou "souvent" à plus d'un item aux questionnaires CSAQ/CAQ.	Qualité sommeil (habitudes de sommeil), Intensité+ impacts CMs.	SWS NDQ	12,87
2. Coelho et al. (2013)	Rapport de cas (<i>case report</i>)	n/a	n/a	Pré Post	n/a motif consultation : sx en lien avec ASE, ménopause et CMs à contenu sexuel, perturbations de sommeil.	Perturbations du sommeil (CMs, insomnie, OSA) dont : Latence SP SP en %	<i>Mesures objectives des paramètres de sommeil</i> PSG 1 nuit pré PSG 1 nuit post	0
3. Davis et al. (2003)	Étude de cas clinique (<i>clinical case study</i>)	n/a	n/a	Pré Post FU 1 mois FU 3 mois	n/a motif consultation : après dévoilement, mère amène fille à la clinique	TTS, se sentir reposé, nb de CMs, détresse des CMs.	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Journaux quotidiens du sommeil.	0
4. Davis et al. (2005)	Série de cas cliniques	n/a	n/a	Pré Post FU 1 mois	n-s	Fréquence et détresse des CM.	TRNS	0

⁴⁰ **Légende :** ne sait pas / données manquantes (?); abus sexuel à l'enfance (ASE); abus sexuel à l'adulte (ASA); antécédents (atcd); Beck Anxiety Inventory (BAI); Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS); Beck Depression Inventory (BDI); Clinical-Administred PTSD Scale (CAPS-item #2 nightmare frequency and intensity et CAPS- item #13 difficulty falling or staying asleep); Clinical Global Impression of Change (CGI-C); Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I); cauchemar (CM); Cognitive Processing Therapy (CPT); contrôle (ctrl); Child Sexual Abuse Questionnaire (CSAQ)/ Child Abuse Questionnaire (CAQ); diagnostic (dx); early morning awakenings (EMA); Exposition, Relaxation, Rescripting Therapy (ERRT); effets secondaire indésirables (e/s); expérimental (exp.); état de stress posttraumatique (ÉSPT); femmes (F); follow-up (FU); hommes (H); non-applicable (n/a); non-spécifié (n-s); Nightmare Distress Questionnaire (NDQ); Nightmare Effect Survey (NES); Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ); obstructive sleep apnea (OSA); PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C); Prolonged Exposure (PE); Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI); polysomnographie (PSG); qualité de sommeil (QS); randomized-controlled trials (RCTs); thérapie de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM); médication (Rx); sleep efficiency (SE); significative (sig.); sleep onset latency (SOL); sommeil paradoxal (SP); Sleep-Wake Scale (SWS); symptômes (sx); traitement cognitif-comportemental (TCC); Traumatic-Related Nightmares Survey (TRNS); total sleep time (TST); thérapie (Tt); wake after sleep onset (WASO).

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignment des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
				FU 3 mois		Perturbations de sommeil (initier, maintenir, etc.).	PSQI	
5. DeViva et al. (2005)	Études de cas cliniques	n/a	n/a	Pré Post	Avoir de l'insomnie résiduelle à la suite d'une TCC axée sur le trauma.	SOL, WASO, EMA, TST, SE	CAPS PSQI ISI BASS Journal de sommeil	0
6. Galovski et al. (2009)	RCT avec groupe de comparaison actif (traitement psychologique alternatif).	Aléatoire parmi les deux conditions.	Deux groupes exp. actifs : CPT et PE.	Pré Post FU 9 mois	<i>Inclusion</i> : VAS, avoir un PTSD, âgée de 18 ans et +, Rx stable pendant l'étude depuis + d'un mois. <i>Exclusion</i> : ne pas avoir de : psychose, manie, abus/dépendance subst., potentiel suicidaire sévère, de relation coercitive (si viol conjugal, il faut que la conjointe soit sortie de la relation depuis plus de 6 mois), pas de situation péritraumatique.	Mesure globale du sommeil, Qualité du sommeil, SOL, TST, SE, Perturbations de sommeil et dysfonctionnement diurne.	PSQI CAPS	27
7. Gehrman et al. (2010)	Rapport de cas clinique (<i>case report</i>)	n/a	n/a	Pré Post pour chacune des trois phases.	n/a	Fréquence et sévérité des CM. Perturbations de sommeil au sens large.	Données rapportées et quantifiables, mais sans indiquer instrument de mesure (Obs. cliniques).	0

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignment des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
8. Gutner et al. (2013)	RCT avec groupe de comparaison actif (traitement psychologique alternatif) + Groupe ctrl (attention minimale).	Aléatoire parmi trois conditions.	Deux groupes exp. actifs : CPT et PE et ctrl (minimal attention)	Pré Post FU 3 mois FU 9 mois LTFU (long term FU) en moyenne de 6 ans post-intervention.	<i>Inclusion</i> : VAS, avoir un PTSD, âgée de 18 ans et +, Rx stable pendant l'étude depuis + d'un mois. <i>Exclusion</i> : ne pas avoir de : psychose, manie, abus/dépendance subst., potentiel suicidaire sévère, de relation coercitive (si viol conjugal, il faut que la conjointe soit sortie de la relation depuis plus de 6 mois), pas de situation péritraumatique.	Sévérité insomnie. Sévérité CM. SOL, TST, SE, Qualité sommeil.	PSQI, CAPS, SCID.	29,24
9. Harmon et al. (1996)	Rapport de cas cliniques.	n/a	n/a	Pré Post	Être physiquement en santé, sans condition cardiaque, neurologique ou toute autre maladie sérieuse connue. Avoir des sx ÉSPT persistants ≥ 1 mois après Tt psy, passe Rx à base de clonidine. Dépister par psychiatre + pédiatre.	Insomnie initiale, CMs.	Propos rapportés par médecin de famille, professeur, parents. Échelles n-s.	0

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignment des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
10. Krakow et al. (2001a)	RCT.	Aléatoire en deux conditions : 1. RRIM (exp.) 2. Liste d'attente (ctrl).	ctrl (liste d'attente)	Pré Post FU 3 mois FU 6 mois	<i>Inclusion :</i> Rapporter difficultés de sommeil, CMs et sx ÉSPT (critère A). <i>Exclusion :</i> psychose, intoxication.	Nb de nuits/semaine avec des CMs. Nb de CMs/semaine. Sévérité des CMs. Score global de qualité de sommeil	CAPS, NFQ, NDQ, NES, PSQI, PSQI-Addendum.	32,14
11. Krakow et al. (2001b)	Essai contrôlé "open trial"	Non-randomisé.	Groupe ctrl de type cross-over (attendant d'avoir elles aussi le workshop RRIM une fois le FU 3 mois complété).	Pré Post FU 3 mois	13 ans et +, plaintes de CMs récurrents ou de rêves perturbants \geq 1 fois/semaine, durée du problème \geq 6 mois, vivre à l'interne dans l'école institutionnalisée du Wisconsin \geq 1 mois avant d'entrer dans l'étude.	Nb de nuits/mois avec des CMs. Nb de CMs/mois. Degré de détresse associé au CMs. Score global de qualité du sommeil.	PSQI, NFQ, NDQ.	36,67
12. Kroese & al. (2006)	Rapports de cas (2)	n/a	n/a	Pré Post FU 4 mois FU 6 mois	n/a	Fréquence des CMs.	Observations thérapeute + propos des sujets.	0
13. Lorenz et al. (2013)	Rapport de cas	n/a	n/a	Pré Post	n/a	Fréquence CMs. Présence d'insomnie.	Signes vitaux + Observations auto et hétéro rapportées.	0
14. Murray-Swank (2004)	Thèse sous la forme d'un protocole avec plusieurs (5) cas uniques avec une série	n/a	n/a	Pré Post FU entre 1-2 mois	<i>Inclusion :</i> Être une femme, avoir subi un ASE et/ou ASA, Croire en Dieu ou avoir la foi en un pouvoir	Présence de CMs .	Trauma Symptom Checklist-40 (TSC)- sexual abuse trauma index.	16,67

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignment des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
	de temps mesures interrompues.				supérieur et qui sont confortables à discuter de contenu religieux. <i>Exclusion :</i> ASA < 2 mois avant le recrutement (trop récent), psychoses actives, potentiel suicidaire imminent.			
15. Oluwabusi et al. (2012)	Rapports de cas	n/a	n/a	Pré Post	n/a	Difficultés à initier, maintenir, terminer le sommeil. Somnolence diurne. Fréquence des CMs	Observations cliniques et propos des patients.	0
16. Pigeon et al. (2009)	RCT + étude pilote non- contrôlée	Aléatoire (en partie), car a utilisé un groupe pilote IPT non- contrôlé avant de lancer le RCT.	Trois groupes : 1. gr pilote IPT (36). <i>RCT:</i> 2. gr. exp IPT (37) 3. gr ctrl actif TAU (33) n total = 106	Pré Post FU 9 mois	<i>Inclusion :</i> Avoir des sx dépressifs marqués et avoir été abusé sexuellement par le passé. <i>Exclusion :</i> Abus d'alcool/drogues, psychoses, sans dépression majeure, sans avoir été abusée sexuellement.	Insomnie.	Score d'insomnie sur les items sur le sommeil de Hamilton Rating Scale for Depression- HRSD).	0
17. Pruiksma et al. (2015)	Étude de cas clinique	n/a	n/a	Pré Post FU 1 mois	n/a	Insomnie (TTS).	ISI.	0

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignment des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
						Fréquence et sévérité des CMs. Sx ÉSPT. Sx dépressifs.	Échelles maisons + questions en séance. PCL (PTSD Checklist). BDI.	
18. Rijnders et al. (2000)	Rapport de cas	n/a	n/a	Pré Post	n/a	Présence de CMs. Stades 1-2-3-4, REM. SOL. Latence REM. % sommeil à ondes lentes. % sommeil REM.	PSG + observations cliniques pour les CMs.	0
19. Salviati et al. (2013)	Rapport de cas	n/a	n/a	Pré Post FU 45 jours	n/a	Fréquence des CMs (7 derniers jours; mois passé), Sentiment de maîtrise sur le CM, vs Sentiment d'impuissance sur le CM.	BPRS (Brief psychiatric rating scale) CAPS NITE (Nightmare Intervention and Treatment Evaluation scale)	0
20. Strawn et al. (2011)	Rapport de cas clinique	n/a	n/a	Pré Post	n/a	Présence de CMs, SOL, Sx hyperactivation neurovégétative (insomnie),	CGI-S CGI-I + observations cliniques	0

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Design expérimental	Assignment des participants	Groupe(s) de comparaison	Temps de mesure (pré, post, suivi)	Critères d'éligibilité	Construit(s) mesuré(s) d'intérêt	Instrument(s) de mesure d'intérêt	Mortalité expérimentale (%)
						Scores d'impression globale pour la sévérité et l'amélioration des sx (CGI-S, CGI-I).		
21. Taylor (2003)	Série de cas cliniques	n/a	n/a	Pré Post	Rencontre les critères dx pour ÉSPT dans les six derniers mois, être médicamenté et stable, mais toujours ayant des sx cliniques, pas d'abus de substances depuis 1 mois avant de débuter le traitement, pas d'antcd psychotiques.	Présence de cauchemars + présence de perturbations de sommeil.	Items sur les rêves perturbants et les perturbations de sommeil du CGI + PCL-C.	14,29
22. Willner (2004)	Etude de cas clinique	n/a	n/a	Pré Post FU 1 an	n/a	Fréquence des CMs.	Observations quotidiennes de l'équipe traitante consignées par écrit.	0

Annexe K : Tableau-synthèse des caractéristiques inhérentes aux traitements⁴¹

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
1. Antal (2005)	-Rédiger au sujet de l'AS (exp). ou -Rédiger sur sujet banal de la vie quotidienne (exp).	Nb : 4 rencontres. Fréquence : 2 fois/ semaine pendant deux semaines. Durée : 20 min. par fois. 4 X 20 = 80min.	Salle département de psychologie. Rédaction individuelle. Ceux du gr. ctrl quittaient après complétion des questionnaires de base.	Oui. Protocole standardisé de consignes écrites pour chacune des trois conditions.	n/a Exception prévue en cas d'urgence suicidaire/homicidaire (précaution pratique).	Pas de résultats sig. obtenus entre le pré-post test. Amélioration sig. du post-FU (1 mois après) sur la qualité de sommeil et moins de détresse p/r aux CMs.	Objectif : examiner les effets bénéfiques (réduction de sx) au fait d'écrire à propos de l'AS vécu vs écrire sur sujet banal vs gr. contrôle. Biais associé à des gains secondaires (participer et avoir des "extra-credits" à l'université). Peu importe laquelle des trois conditions, tous ont vu leurs sx s'améliorer sig. au FU. Conclusion : Écrire sur l'abus vécu ou sujet banal= pas plus efficace qu'une absence d'intervention (ctrl).
2. Coelho et al. (2013)	Psychothérapie (de type TCC avec éducation hygiène de sommeil et désensibilisation systématique) combinée à la pharmacothérapie (alprazolam,	Nb : 40 séances. Fréquence : ? Durée : ?	Clinique externe. Individuel.	?	Psychologues (co-thérapie).	↓ importante dans la latence du SP (pré : 375 min, post : 238 min). Bonne ↑ du % de SP (pré : 10,5 post : 13,9). Pas de changement sig.	Objectif : évaluer les effets d'une psychothérapie combinée à la pharmacologie avec cas clinique complexe. Mesures objectives pré et post standardisées avec bonne validité d'instruments PSG + questionnaires auto rapportés BAI, BDI, etc.

⁴¹ **Légende** : ne sait pas / données manquantes (?); abus sexuel à l'enfance (ASE); abus sexuel à l'adulte (ASA); antécédents (atcd); Beck Anxiety Inventory (BAI); Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS); Beck Depression Inventory (BDI); Clinical-Administred PTSD Scale (CAPS-item #2 nightmare frequency and intensity et CAPS- item #13 difficulty falling or staying asleep); Clinical Global Impression of Change (CGI-C); Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I); cauchemar (CM); Cognitive Processing Therapy (CPT); contrôle (ctrl); Child Sexual Abuse Questionnaire (CSAQ)/ Child Abuse Questionnaire (CAQ); diagnostic (dx); early morning awakenings (EMA); Exposition, Relaxation, Rescripting Therapy (ERRT); effets secondaire indésirables (e/s); expérimental (exp.); état de stress posttraumatique (ÉSPT); femmes (F); follow-up (FU); hommes (H); interpersonal therapy (IPT); non-applicable (n/a); non-spécifié (n-s); Nightmare Distress Questionnaire (NDQ); Nightmare Effect Survey (NES); Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ); obstructive sleep apnea (OSA); PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C); Prolonged Exposure (PE); Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI); polysomnographie (PSG); qualité de sommeil (QS); randomized-controlled trials (RCTs); thérapie de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM); médication (Rx); sleep efficiency (SE); significative (sig.); sleep onset latency (SOL); sommeil paradoxal (SP); Sleep-Wake Scale (SWS); symptômes (sx); traitement cognitif-comportemental (TCC); Traumatic-Related Nightmares Survey (TRNS); total sleep time (TST); thérapie (Tt); wake after sleep onset (WASO).

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
	<i>zolpidem, fluoxétine).</i>					indiqué pour les autres paramètres de sommeil.	Décrit contenu onirique des CMs (thèmes apparentés et symboliques au trauma sexuel + agression+ impuissance). Aucune raison fournie sur la longueur de la thérapie (40 séances). Conclusion : Résultats modestes avec PSG de façon générale, mais moins de CMs et meilleure qualité de vie auto-rapportée.
3. Davis et al. (2003)	<i>Traitement séquentiel Multiple Channel Exposure Therapy (MCET) pour traiter ÉSPT et trouble panique + RRIM (pour traiter troubles nocturnes).</i>	Nb : 12 séances MCET + 5 séances RRIM. Fréquence : 1 fois/ semaine. Durée : ?	Clinique externe. Individuel.	Oui. Protocole MCET + protocole IRT (Krakow et al., 1996).	Psychologue.	MCET efficace pour ↓ sx d'hyperactivation cognitive et physiologique (panique, ÉSPT) sans avoir d'amélioration sur les sx nocturnes. La RRIM a permis de ↓ sig. autant la fréquence que la détresse des CMs au FU de 1 et 3 mois (0 CM, 0 détresse, passé de 4h à 7-8h de sommeil/nuit).	Pas d'amélioration obtenue au post, car patiente avait transformée son CM en une toute nouvelle version plus agréable (évitement). En modifiant juste une partie du CM, en lui donnant un rôle plus actif (reprise du pouvoir); meilleur sentiment d'autoefficacité, fin triomphante = résultats positifs par la suite. RRIM efficace, peu coûteuse, gains maintenus à 3 mois. Selon auteurs, RRIM nécessite composante d'exposition au contenu traumatique pour éteindre véritablement structures de peur. Ouverture : plus tôt RRIM implantée dans la séquence de traitement = plus grands bénéfices pour patient, plus disponible mentalement en thérapie, moins d'abandon thérapeutique précoce, etc.
4. Davis et al. (2005)	Exposition, Relaxation and	Nb : 3 séances	Clinique externe. Individuel.	Oui	Psychologue	Tous les participants rapportent une ↓	Objectif : examiner l'impact de l'ERRT sur la réduction des sx nocturnes posttraumatiques.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
	Rescripting Therapy (ERRT).	Fréquence : 1 fois/semaine pendant trois semaines. Durée : 120 min. /chacune		Protocole ERRT.		de fréquence et de sévérité de leurs CM. 3/4 ont une ↓ des sx ÉSPT et des sx dépressifs + une ↑ de la qualité du sommeil.	Conclusion : Efficacité similaire à la RRIM, mais avec une composante plus grande d'exposition qui s'avère efficace.
5. DeViva et al. (2005)	Traitement séquentiel : TCC brève pour l'insomnie (TCC-I) réalisée après une TCC axée sur le trauma.	Nb : 21 séances TCC-axé trauma en moy. + 5 séances de TCC-I Fréquence : ? Durée : ?	Clinique externe de l'Anxiété Individuel.	Oui en partie. Contrôle par le stimulus, restriction du sommeil, éducation sur l'hygiène du sommeil et restructuration cognitive, mais en 5 séances au lieu de 10.	Psychologues.	<i>Tailles d'effet pré-post (d de Cohen) :</i> SOL : 0.84 = effet fort WASO: 0.56 = effet modéré EMA : 0.12 =effet faible TST: 0.40 =effet modéré SE: 1.7 = effet fort	Amélioration sur mesures subjectives pour SOL, WASO et SE suite à 5 séances de TCC-I. Toutefois, sx toujours cliniquement significatifs, donc peut-être que 5 séances ne sont pas suffisantes pour voir une magnitude marquée de la TCC-I. On indique que plusieurs sx ÉSPT sont également toujours présents et maintenus malgré la TCC-trauma. Ainsi, les perturbations de sommeil maintiendraient l'hypervigilance (au moment du coucher par exemple) chez les VAS.
6. Galovski et al. (2009)*	1.Cognitive Processing Therapy (CPT) ou 2.Prolonged Exposure (PE).	Nb : 12 séances Fréquence: 2 fois/ semaine pendant six semaines Durée : Entre 60-90 min. /séance	Centre externe de réadaptation du trauma. Individuel.	Oui.	Étudiants gradués en psychologie comme évaluateurs. Psychologues séniors- experts pour les thérapies.	Les deux interventions sont aussi efficaces une que l'autre dans l'amélioration des difficultés de sommeil, mais à un seuil non cliniquement sig. (les scores demeurent pathologiques).	<i>*Même bassin de participants que l'étude de Gutner et al. (2013), mais sans le groupe de ctrl (attention minimale) et sans suivi à plus long terme LTFU. Instruments de mesure qui diffèrent en partie.</i> Bon calibre méthodologique (respecte intégrité du traitement, participants et évaluateurs aveugles aux conditions, etc.).

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
							<p>Rapportent que l'utilisation de Rx du sommeil à travers le temps est associée à un sommeil plus pauvre dans les deux conditions selon leur étude.</p> <p>Conclusion : Les deux thérapies ont diminué les perturbations de sommeil, mais pas à un seuil cliniquement significatif. Suggère d'ajouter Tt des sx nocturnes à Tt usuelle pour ÉSPT. Devrait y avoir un traitement adjuvant ciblant spécifiquement les sx nocturnes chez les VAS.</p>
7. Gehrman et al. (2010)	<p>Traitement multimodal séquentiel non-contrôlé en trois phases :</p> <p>1. Prazosine (dose thérapeutique 9 mg).</p> <p>2. RRIM (3 mois après intro de prazosine).</p> <p>3. Ajout d'éveils préprogrammés.</p>	<p>Nb : 15 séances</p> <p>Fréquence : réparties sur un an (environ 1 fois/mois).</p> <p>Durée : ?</p>	<p>Clinique externe de sommeil.</p> <p>Individuel.</p>	?	Psychologue, Médecin.	<p>La médication a permis de ↓ considérablement les CM (fréquence, sévérité), mais les gains ne sont pas restés après quelques mois.</p> <p>Idem pour la RRIM.</p> <p>Retour des sx nocturnes suite à dépression en cours de Tt.</p> <p>Les éveils préprogrammés avec alarme ont permis d'éviter le CM posttraumatique et diminuer la latence de</p>	<p>Malgré toutes ses années de thérapie (pharmaco et psycho), ses CMs et difficultés de sommeil persistaient encore et encore.</p> <p>La stratégie d'éveil préprogrammés suit logique de régularité des processus de sommeil (e.g. un CM récurrent à chaque cycle de 90 min de sommeil). Méthode employée par Mindell et al., (2006) auprès d'enfant avec parasomnies. Stratégie utilisée pour briser le cycle de sommeil et empêcher l'occurrence inévitable d'un CM par exemple (rationnel discutable).</p> <p>Conclusion : Les trois phases ont été utiles pour réduire les sx nocturnes faisant l'objet de la plainte principale, mais pas pour les éliminer. Tant que les sx posttraumatiques et dépressifs sont présents, les sx nocturnes tendent à persister.</p>

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
						sommeil pour se rendormir.	
8. Gutner et al. (2013)*	1. Cognitive Processing Therapy (CPT) ou 2. Prolonged Exposure (PE).	Nb : 12 séances Fréquence : 2 fois/ semaine pendant six semaines Durée : Entre 60-90 min. /séance	Centre externe de réadaptation du trauma. Individuel.	Oui.	Étudiants gradués en psychologie comme évaluateurs. Psychologues séniors- experts pour les thérapies.	Les deux interventions sont aussi efficaces une que l'autre dans la ↓ de la sévérité de l'insomnie et des CMs (d Cohen ≥ 0.80), ils ont un effet modéré sur l'amélioration subjective de la qualité du sommeil perçue (d Cohen ≥ 0.50) et un effet positif plus petit sur SOL, TST, SE.	<i>*Même bassin de participants que l'étude de Galovski et al. (2009), mais avec un groupe de ctrl (attention minimale) et un suivi à plus long terme (LTFU).</i> Conclusion : Même conclusion qu'étude précédente (Galovski et al., 2009) = amélioration certaine des sx nocturnes, mais pas au point de rémission. Les gains thérapeutiques de la CPT et PE se maintiennent dans le temps concernant les sx ÉSPT diurnes, mais ce n'est pas le cas pour les sx nocturnes.
9. Harmon et al. (1996)	Clonidine (antihypertenseur)	Dosage : 0,05 mg le matin et 0,10 mg au coucher Fréquence : base quotidienne Durée : pendant un mois.	Clinique de psychiatrie infantile à l'hôpital de jour pour enfants. Oralement, puis donné sous forme de patch.	n/a	Médecins pédiatres	5 enfants sur 7 se sont améliorés (modéré à fortement) à propos de la ↓ de CMs et insomnie + des sx ÉSPT diurnes.	4 enfants sur 6 ont initialement eu sommolence (dose orale), mais aucun autre e/s noté. Meilleure observance et tolérance à la Rx lorsque prescrit sous forme de patch. Un garçon a également eu une ↓ marquée de la répétition du jeu traumatique au cours du traitement de la clonidine, et une filles avaient une ↓ des épisodes dissociatifs après stabilisation de la clonidine.
10. Krakow et al. (2001a)	RRIM.	Nb : 3 séances. Fréquence : 1 fois/semaine pendant deux semaines + 1	Clinique externe. En groupe (4-8 femmes).	Oui.	Psychologues formés dans l'approche de traitement.	<i>Tailles d'effet (d Cohen pré-post)</i> <i>Groupe RRIM :</i> Nb de nuits/semaine avec des CMs :	Plusieurs forces au plan méthodologique (blinding, intégrité du traitement, données fournies sur celles qui ont abandonné, etc.). Conclusion : La RRIM n'améliore pas seulement la fréquence et la

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
		rencontre de 60 min. au FU. Durée : 180 min. (Total : 2 x 180 min + 1 x 60 min= 420 min.)				1,24 Nb de CMs/semaine : 0,85 Qualité de sommeil : 0,67 Déresse CMs : 1,31	sévérité des CMs et des perturbations de sommeil, mais aussi les sx diurnes de l'ÉSPT (sont passés du niveau modérément sévère au niveau modéré). Effets thérapeutiques maintenus à 3 et 6 mois. Sentiment de maîtrise et de contrôle généralisable à d'autres sphères de vie (50% des completers rapportent utiliser la RRIM pour d'autres problèmes de leur vie). Avantages : brève, peu coûteuse, bien tolérée.
11. Krakow et al. (2001b)	RRIM + Psychoéducation sur les CMs.	Nb : 1 atelier thérapeutique (workshop). Fréquence : 1 jour pendant 6 h. Durée : 360 min.	Adolescentes institutionnalisées (à l'interne). En groupe.	Oui.	Psychologues experts.	↓ de 57% des nuits avec CMs / mois avec RRIM ↓ de 71% des CMs/mois dans le groupe RRIM.	Pas de changement sig. pour le groupe ctrl (même sévérité de sx qu'au pré). Tout comme chez les adultes, la RRIM montre une efficacité comparable chez une population adolescente VAS. Toutefois, pas d'amélioration sig. sur la qualité de sommeil ou d'amélioration maintenue à 3 mois. Les autres études, avec plus d'une rencontre RRIM, réalisées à l'adulte ont démontré l'amélioration des CMs, du sommeil et la détresse de jour à 18 mois et 30 mois de suivis.
12. Kroese & al. (2006)	RRIM adaptée aux deux cas cliniques avec déficience intellectuelle.	<i>Cas 1</i> Nb : 2 sessions Fréquence : 1 fois/semaine pendant deux semaines. Durée : 60 min/rencontre. <i>Cas 2</i>	Clinique externe spécialisée en déficience intellectuelle du département psychologie Université au Royaume-Uni. Individuel.	Oui (protocole de Krakow et al., 2001).	Psychologues.	Pré : CMs présents presque à tous les jours (6-7 par semaine) pour les deux cas cliniques. Post : Aucun CM rapporté après les	Il s'agit de la seconde étude de cas cliniques mentionnant l'efficacité de la RRIM auprès de VAS ayant une déficience intellectuelle (population clinique vulnérable aux formes d'abus). La RRIM fonctionnerait bien avec ce type d'individus, car elle permet des images, métaphores, analogies

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
		Nb : 3 sessions Fréquence : échelonnées sur six semaines. Durée : ?				séances (après 2-3 semaines), 4 mois et 6 mois pour les deux cas cliniques.	avec support visuel et concret tel que l'on en retrouve dans les techniques d'impact utilisées en déficience intellectuelle.
13. Lorenz et al. (2013)	Prazosine.	Dosage : 1mg/ pour 1 semaine, 2mg/ pour 2 semaines, 4 mg/ pour 4 semaines. Fréquence : sur une base quotidienne, le soir au coucher Durée : pendant 7 semaines.	Clinique externe. Prise oralement.	n/a	Médecin.	<i>Baseline</i> : Fréquence CMs : 2-3x/nuit. Dit manquer de sommeil, peu d'énergie durant le jour (insomnie). <i>Post-7^e semaine</i> <i>Prazosin</i> : 4mg au <i>coucher</i> : Fréquence CMs = 1 seul en 3 mois Difficultés de sommeil : étant une conséquence des CMs, dit être beaucoup mieux.	Abonde dans le même sens que les RCT sur la prazosine : efficace pour réduire fréquence et sévérité des CMs et aurait, indirectement, un effet sur la qualité de sommeil générale. Suggestion : contrôle et monitoring serré pour la survenue potentielle d'e/s comme une hausse de la pression artérielle (bien mesurée par ses signes vitaux dans ce rapport de cas).
14. Murray- Swank (2004)	Psycho-Spiritual Intervention Solace for the Soul.	Nb : 8 sessions Fréquence : 1 fois/ semaine Durée : 90 min/ séance.	Salle de thérapie à la Graduate College of Bowling Green University. Individuel.	Oui (protocole).	Étudiante au doctorat psychologie.	3 participantes sur 5 ont vu une ↓ sig. de leurs CMs au post et qui s'est maintenue au FU 1-2 mois.	<i>Psycho-Spiritual Intervention Solace for the Soul</i> est un programme pour les survivants d'abus sexuel. Voir impact de l'intervention sur la santé psychologique et spirituelle de 5 VAS. (ressemble à une thérapie humaniste-existentialiste mettant l'accent sur notre perception vis-à- vis nous-mêmes et de ressentir l'amour inconditionnel). Faible généralisation des résultats.
15. Oluwabusi et al. (2012)	Prazosine.	<i>Cas 1</i> Dosage : 1mg pendant deux	Clinique externe en santé mentale.	n/a	Médecins.	Cas 1 : 1mg au coucher pendant 3	À court terme, après 3 semaines à 2 mois= effet positif significatif sur les CMs

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
		<p>semaines, puis 3 mg par la suite. Fréquence : deux doses quotidiennes, matin (1mg) et à l'heure du coucher (2mg). Durée : pendant 18 semaines.</p> <p><i>Cas 2</i> Dosage : 1mg pendant six semaines, puis 3 mg par la suite. Fréquence : deux doses quotidienne, matin (1mg), à l'heure du coucher (2mg) Durée : pendant 8 semaines.</p>	Oralement.			<p>semaines = élimination des CMs, augmentation à 3mg et après 16 semaines = normalisation du cycle de sommeil après deux semaines de la nouvelle dose.</p> <p>Cas 2 : Tous les sx reliés au sommeil se sont grandement améliorés après 8 semaines d'initiation de la prazosine.</p>	<p>Après 4 mois = effet positif significatif sur le sommeil.</p> <p>Les données empiriques disponibles concernant le dosage de la prazosine dans les populations pédiatriques sont limitées, mais extrapolées les données de dosage adulte suggèrent de commencer pour les enfants à 1 mg au coucher avec une augmentation de 1 mg par semaine jusqu'à une dose maximale de 4 mg en 24 heures.</p>
16. Pigeon et al. (2009)	Psychothérapie interpersonnelle pour la dépression (IPT) + TAU (53% cognitivo-comportemental, 27% dialectique comportementale, 13% approche intégré/éclectique, 7% centrée sur le patient).	<p>Nb : <i>Pilot study</i> + <i>RCT IPT</i> : 12±6,8 sessions. <i>TAU</i> : 6,3±4,2 sessions.</p> <p>Fréquence : 1 fois/ semaine. Durée : ?</p>	<p>Clinique externe de santé mentale.</p> <p>Individuel.</p>	Oui pour IPT.	<p>IPT : 6 psychologues de niveau maîtrise + 3 cliniciens de niveau doctorat.</p> <p>TAU : 4 psychologues de niveau maîtrise.</p>	<p>Au départ, 95 des 106 participants (90%) répondaient aux critères SCID-I pour l'insomnie, tandis que 85 parmi eux continuent de souffrir d'insomnie sans égard au traitement (IPT, TAU).</p>	<p>Conclusion : IPT pour la dépression chez les femmes ayant été abusées sexuellement = amélioration modeste de l'insomnie (taille d'effet : $g = 0,49$), mais pas de manière sig, après avoir contrôlé un certain nombre de variables, y compris les changements dans la dépression. Pour la majorité des participants, l'insomnie persiste après le traitement IPT.</p>
17. Pruiksma et al. (2015)	<i>Traitement séquentiel</i>	<p>Nb : 12 séances de CPT +</p>	<p>Clinique à l'interne (programme des</p>	Oui, mais avec certaines adaptations.	Psychologue.	<p>Pré : 22 sur ISI</p>	<p>Conclusion : patient s'est vu ↓ autant les sx diurnes que nocturnes associés à son ASA. Il rapporte une</p>

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
	Cognitive Processing Therapy (CPT-C), composante cognitive seule + ERRT.	4 séances ERRT Fréquence : ? Durée : ?	militaires survivants d'abus sexuel.			(SOL : 1-4 h et TTS : 4h) + CMs à tous les soirs, sévères. Post-CPT-C : 14 sur ISI (SOL : 1-4h et TTS : 6 h) + CMs à tous les soirs, mais moins sévères. FU 1 month (post ERRT): 7 sur ISI (SOL : 15-20 min et TTS : 7h) + 1 seul CM/ semaine de faible sévérité. Après avoir reçu Tt séquentielle : ↓ de trois fois sa sévérité d'insomnie et presque plus aucun CM.	meilleure qualité du sommeil, se sent plus reposé, énergique, etc. Baisse des sx dépressifs aussi. Difficultés de concentration toujours présentes. Force de l'étude : La personne qui évalue les symptômes aux divers temps de mesure n'est pas la même que le thérapeute. La TCC usuelle pour traiter l'ÉSPT n'est pas suffisante à elle seule pour réduire les sx nocturnes. L'ERRT semble être un bon traitement adjuvant pour ce faire.
18. Rijnders et al. (2000)	Cyproheptadine (antihistaminique à la base avec des propriétés anticholinergiques et anti-sérotonergiques).	Dosage : 12 mg Fréquence : quotidienne au coucher. Durée : ?	Endroit: ? Oralement.	n/a	Médecin.	Pré : CMs fréquents (5 fois/semaine) et sévères. Post : CMs moins sévères et moins de 1 fois/semaine.	Au Post = ↑ sommeil profond, mais ↓ du SP à 12,6% versus 30,4% au baseline (valeurs normales SP = 20% -25%). Conclusion : La cyproheptadine semble aider à consolider l'architecture du sommeil en général en supprimant le % de SP au cours de la nuit. Moins de % SP, moins de risques de vivre des CMs posttraumatiques, donc moins d'éveils = meilleur sommeil.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
19. Salviati et al. (2013)	Térazosine (antihypertenseur)	<p>Dosage : 2 mg.</p> <p>Fréquence : base quotidienne.</p> <p>Durée : pendant 4 semaines.</p>	<p>Clinique externe universitaire en psychiatrie et neurologie.</p> <p>Oralement.</p>	n/a	Médecin.	<p>Pré BPRS : 59 (<i>score minimum 18, max 126; lower is better</i>)</p> <p>NITE : Contrôle sur ses CMs : 33 (<i>higher is better</i>). Impuissance sur ses CMs : 31 (<i>lower is better</i>). Nb de CMs dernière semaine : 5 ou > (<i>lower is better</i>). CMs dernier mois : 16 ou > (<i>lower is better</i>).</p> <p>Post BPRS : 35 (<i>score minimum 18, max 126; lower is better</i>).</p> <p>NITE : Contrôle sur ses CMs : 45 (<i>higher is better</i>). Impuissance sur ses CMs : 17 (<i>lower is better</i>). Nb de CMs dernière semaine : 1 ou > (<i>lower is better</i>). CMs dernier mois : 4-6 ou > (<i>lower is better</i>).</p>	<p>Prazosine non-disponible en Italie, donc utilisation d'une molécule similaire de terazosine.</p> <p>Conclusion : Bonne diminution des CMs et du score de détresse entre le baseline versus le post (4 semaines après le baseline). Toutefois, six semaines plus tard (FU) après avoir arrêté la terazosine, les CMs et détresse refont surface.</p> <p>Avant de conclure sur son efficacité, cette molécule doit avoir des études randomisées contrôlées avec un grand échantillon et le moins de sources possibles à sa validité interne.</p>

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
20. Strawn et al. (2011)	Prazosine.	<p>Dosage : 1 mg.</p> <p>Fréquence : base quotidienne au coucher.</p> <p>Durée : pendant 11 mois.</p>	<p>Centre médical pour enfants de l'hôpital de Cincinnati.</p> <p>Oralement.</p>	n/a	Médecins.	<p>Est passé de CMs récurrents presque à tous les soirs avec de l'insomnie initiale et de maintien, avec un score de sévérité au CGI-S de 5 (nettement affecté) à une absence de CMs et d'insomnie de même qu'une sévérité (normale au CGI-S) et d'une amélioration très marquée des sx (au CGI-I) au post (après 11 mois).</p>	<p>Étant donné que le jeune garçon n'a pas eu d'e/s pendant 11 mois et que la prazosine s'est avérée efficace pour traiter les sx posttraumatiques nocturnes, il pourrait s'agir d'une option intéressante à explorer davantage en recherche pour traiter les enfants avec des CMs et insomnie posttraumatiques.</p> <p>Le début de l'efficacité a eu lieu en moins de 1 mois, et l'effet a été soutenu au cours de la période de traitement.</p> <p>Possible gain de poids à l'enfance avec cette molécule.</p>
21. Taylor (2003)	Tiagabine (inhibiteur sélectif de la recapture du GABA).	<p>Dosage : 8 mg en moyenne (étendue de 4-12 mg).</p> <p>Fréquence : base quotidienne.</p> <p>Durée : pendant deux semaines au minimum jusqu'à un maximum de 2, 3 ou 4 mois selon les patients.</p>	<p>Clinique privée externe.</p> <p>Oralement.</p>	n/a	Médecins.	<p><i>Pré :</i> Présence de CMs : 3,9 (1,7). Perturbations sommeil : 3,8 (0,48).</p> <p><i>Post :</i> Présence de CMs : 2,3 (1,2). Perturbations sommeil : 2,5 (0,43).</p>	<p>Conclusion : 6/7 femmes ont vu l'amélioration notable de l'ensemble de leur sx ÉSPT, CMs, qualité de sommeil à l'intérieur de 3 jours de prise de tiagabine pour la plupart. Effets maintenus 2 mois plus tard tout en préservant la présence de rêves normaux. Bien toléré. Rx utile autant pour anxiété que pour le sommeil.</p> <p>Toutes les femmes de cette étude prenaient en concomitance des antidépresseurs, cela soulève un questionnement à savoir est-ce l'effet combiné des deux types de molécules (tiagabine + antidépresseurs) ou la tiagabine seule qui s'avère efficace ?</p>

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Auteur(s) (année)	Type/ Nom(s) Interventions	Nombre, Fréquence, Durée (min.)	Modalité(s) d'implantation	Manuel de traitement	Thérapeute(s) Clinicien(s)	Résultats principaux	Commentaires généraux
							Les conclusions quant à son efficacité demeurent donc encore en suspens.
22. Willner (2004)	RRIM + techniques de relaxation.	Nb : 2 séances. Fréquence : hebdomadaire. Durée : 60 min chacune.	À l'interne dans la maison de probation spécialisée pour les délinquants sexuels avec un trouble d'apprentissage. Individuel.	?	Psychologue et personnel de l'établissement.	<i>Pré</i> : Fréquence des CMs : presque à toutes les nuits pendant 5 semaines. <i>Post</i> : Fréquence des CMs : 1 seul autre CM à post 4 mois.	Étonnamment, le patient démontre une capacité d'empathie envers sa victime après seulement deux séances de RRIM alors que les thérapies cognitives précédentes avaient échoué en raison de son bas QI verbal. Cet effet n'était pas attendu de la thérapie.

Annexe L : Tableau d'évaluation du risque de biais méthodologique⁴²

ÉTUDES (K=22)	CRITÈRES (A à K)										
	(A) Méthode de randomisation adéquate?	(B) Méthode adéquate pour dissimuler assignation aux conditions ?	(C) Groupes similaires au Baseline ?	(D) Aveuglement des participants ?	(E) Aveuglement des thérapeutes/cliniciens ?	(F) Aveuglement des évaluateurs ?	(G) Co-intervention évitée ou adéquate?	(H) Intégrité du traitement respectée ?	(I) Taux attrition décrit et acceptable?	(J) Évaluations au même moment pour tous ?	(K) Analyses <i>Intention-to-treat</i> ?
Antal, 2005	+	-	+	+	?	+	?	+	+	+	-
Coelho et al., 2013	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	-	-	?	n/a	n/a	n/a
Davis et al., 2003	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	-	?	+	n/a	n/a	n/a
Davis et al., 2005	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	?	+	n/a	+	n/a
DeViva et al., 2005	n/a	n/a	+	n/a	n/a	?	+	?	n/a	?	n/a
Galovski et al., 2009*	?	?	?	+	-	+	?	+	+	+	+
Gehrman et al, 2010	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	?	?	n/a	n/a	n/a
Gutner et al., 2013*	?	?	?	+	-	+	?	+	+	+	+
Harmon et al., 1993	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	?	?	n/a	+	n/a
Krakov et al., 2001a	+	?	+	-	-	+	+	+	+	+	+
Krakov et al., 2001b	n/a	n/a	+	-	-	-	-	+	-	+	-
Krose et al., 2006	n/a	n/a	+	n/a	n/a	n/a	?	+	n/a	-	n/a
Lorenz et al., 2013	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	+	n/a	n/a	n/a
Murray-Swank, 2004	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	-	-	?	+	+	n/a
Oluwabusi et al.,2012	n/a	n/a	?	n/a	n/a	n/a	?	?	n/a	n/a	n/a
Pigeon et al., 2009	+	?	-	?	-	-	+	+	?	+	+
Pruiksma et al., 2015	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	+	?	?	n/a	n/a	n/a
Rijnders et al., 2000	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	?	n/a	n/a	n/a
Salviati et al., 2013	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	?	n/a	n/a	n/a
Strawn et al., 2011	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	?	?	n/a	n/a	n/a
Taylor, 2003	n/a	n/a	?	?	?	?	?	?	+	-	n/a
Willner, 2004	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	-	?	?	n/a	n/a	n/a

Légende : = oui / faible risque de biais ; = ? / risque incertain (*unclear risk of bias*) ; = non / haut risque de biais ; = qualité méthodologique adéquate ; **n/a** = non-applicable en fonction du design ou de l'absence de design de l'étude ; **≥ 5 critères positifs sur la liste de onze critères** = qualité méthodologique jugée adéquate.
 *= étude de Galovski et al., 2009 et étude de Gutner et al, 2013 : ont le même échantillon clinique.

⁴² Inspiré de la Figure 8.6.c du *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, vol.5, (Higgins & Green, 2008).

Annexe M : Questionnaire sociodémographique

DS10

Données sociodémographiques

Veillez, s.v.p., compléter les informations suivantes en lettres moulées :

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. (résidence) : _____ (bureau) : _____

Sexe : 1- féminin 2- masculin

Âge : _____ Date de naissance : _____

Nationalité : 1- canadienne 2- autres

État civil : 1- marié-e / union libre 3- séparé-e / divorcé-e
2- célibataire 4- veuf-ve

Scolarité (en nombre d'années) : _____

Diplôme : 1- primaire 4- universitaire 1^{er} cycle
2- secondaire 5- universitaire 2^e cycle
3- collégial 6- universitaire 3^e cycle

Occupation : 1- travail à temps complet 4- travail familial non rémunéré
2- travail à temps partiel 5- retraité-e
3- sans emploi

Revenu annuel : 1- moins de 10 000 \$ 4- entre 30 000 \$ et 40 000 \$
2- entre 10 000 \$ et 20 000 \$ 5- entre 40 000 \$ et 50 000 \$
3- entre 20 000 \$ et 30 000 \$ 6- plus de 50 000 \$

Type d'habitation : 1- maison
2- appartement
3- résidence pour personnes âgées

Habitez-vous : 1- seul-e
2- avec d'autres personnes

Nom et téléphone d'un-e ami-e ou d'un proche autre que le-la conjoint-e :

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom et numéro de téléphone de votre médecin de famille : _____

Nom et numéro de téléphone de votre pharmacien : _____

Annexe N : Entrevue diagnostique de l'Insomnie (EDI)

ENTREVUE DIAGNOSTIQUE DE L'INSOMNIE (PRÉ)

Nom du participant : _____ Nom du clinicien : _____

Âge : _____ Date : _____

Statut marital : _____

Ethnie : 1- Blanc _____ 2- Noir _____ 3- Hispanique _____
 4- Asiatique _____ 5- Amérindien _____ 6- Autre _____

NATURE DU PROBLÈME DE SOMMEIL / D'ÉVEIL:

1. Avez-vous des difficultés à vous endormir? _____ fois par semaine Durée : _____
2. Avez-vous des difficultés à rester endormi durant la nuit? _____ fois par semaine Durée : _____
3. Vous réveillez-vous trop tôt le matin? _____ fois par semaine Durée : _____
4. Avez-vous des difficultés à rester éveillé durant le jour? OUI NON
5. À quelle heure vous couchez-vous habituellement les soirs de semaine? _____ Heures
6. Habituellement, à quelle heure est votre dernier réveil le matin? _____ Heures
7. À quelle heure vous levez-vous habituellement les jours de semaine? _____ Heures
8. Avez-vous le même horaire de sommeil et de réveil la fin de semaine? OUI NON
 Si NON, quel est-il? Couché Levé

9. Combien de fois par semaine faites-vous des siestes durant la journée (incluant les siestes non intentionnelles)? _____ Fois
10. Vous arrive-t-il de vous endormir à des endroits ou des moments inappropriés? OUI NON
11. Pour une nuit habituelle (dernier mois), combien de temps prenez-vous pour vous endormir, après vous être couché et avoir éteint les lumières? _____ Heures
 _____ Minutes
12. Au cours d'une nuit habituelle (dernier mois), combien de fois vous réveillez-vous? _____ Fois
13. Combien de temps passez-vous éveillé après vous être endormi pour la première fois? (Temps total éveillé pour tous les réveils) _____ Heures
 _____ Minutes
14. Habituellement, combien d'heures par nuit dormez-vous? _____ Heures
 _____ Minutes
15. Qu'est-ce qui vous réveille la nuit? (Douleur, bruit, enfant, réveil spontané, autres)

MÉDICATION POUR DORMIR:

16. Dans le dernier mois, avez-vous utilisé des pilules pour dormir? Si oui: b OUI NON
 a. Si non, en avez-vous déjà pris? OUI NON
 b. Quel médicament prenez-vous et quelle dose? _____
 (Avec ou sans ordonnance). _____ mg
 c. Combien de nuits par semaine en prenez-vous? _____
 d. Quand avez-vous pris une médication pour dormir la première fois? _____
 e. Quand avez-vous pris une médication pour dormir la dernière fois? _____
17. Dans le dernier mois, avez-vous consommé de l'alcool pour vous aider à OUI NON
 dormir? Si oui: b
 a. Si non, en avez-vous déjà pris? _____
 b. Quel alcool avez-vous pris et en quelle quantité? (Nombre de consommations par soir)

 c. Combien de nuits par semaine en prenez-vous? _____

HISTORIQUE DES PROBLÈMES DE SOMMEIL (DÉBUT, MAINTENANCE, DURÉE):

18. Depuis combien de temps souffrez-vous d'insomnie? _____ années _____ mois
 19. Quand avez-vous vécu des problèmes de sommeil la première fois? _____
 20. Le début de votre insomnie a-t-il été graduel ou soudain?

21. Comment s'est développé votre problème d'insomnie depuis son début? (Persistant, épisodique, saisonnier)

22. Est-ce qu'il y a des événements stressants qui peuvent être reliés au début de votre problème d'insomnie? (Décès d'un proche, divorce, retraite, problème médical ou émotionnel, etc.)

ENVIRONNEMENT DE LA CHAMBRE:

23. Est-ce que vous dormez avec un (une) partenaire? OUI NON
 24. Est-ce que votre matelas est confortable? OUI NON
 25. Est-ce que votre chambre est un endroit tranquille? OUI NON
 26. Est-ce que vous avez une T.V., un radio ou un téléphone dans votre chambre? OUI NON
 27. Est-ce que vous faites du travail de bureau dans votre chambre? OUI NON
 28. Est-ce que vous lisez dans votre lit avant de vous coucher? OUI NON
 29. Est-ce que vous possédez un animal domestique? OUI NON

30. Quelle est la température de votre chambre la nuit? _____ ° F, C

HABITUDE ALIMENTAIRE, EXERCICE ET UTILISATION DE SUBSTANCES:

31. Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice? _____

32. Est-ce que vous faites de l'exercice avant de vous coucher? OUI NON

33. Combien de produits contenant de la caféine buvez-vous par jour?
Après le souper? _____

34. Combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____

35. Quelle quantité d'alcool buvez-vous par jour? (Nombre de consommations) _____

36. Est-ce que vous consommez d'autres breuvages durant la soirée? Si oui, lesquels et en quelle quantité? (Eau, jus, lait, chocolat, etc.)

a) _____

b) _____

c) _____

ANALYSE FONCTIONNELLE

37. À quoi ressemble votre routine avant de vous coucher?

38. Que faites-vous quand vous ne pouvez vous endormir ou vous rendormir?

39. Est-ce que votre sommeil est meilleur/pire/pareil quand vous dormez ailleurs qu'à la maison?

40. Est-ce que votre sommeil est meilleur/pire/pareil les fins de semaine?

41. Quels types de facteurs aggravent votre problème de sommeil? (e.g. stress au travail, projets de voyage)

42. Quels types de facteurs améliorent votre problème de sommeil? (e.g. vacances, relations sexuelles, etc.)

43. Jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé par ces difficultés de sommeil?

44. Quel impact a l'insomnie sur votre vie? (e.g. humeur, éveil, performance)

45. Comment composez-vous avec ces séquelles dans la journée?

46. Avez-vous déjà reçu autre chose qu'une médication pour dormir, pour soulager votre insomnie? Si OUI, quels ont été les résultats? (e.g. médication, relaxation)

47. Qu'est-ce qui vous motive à venir consulter présentement?

SYMPTÔMES ASSOCIÉS À D'AUTRES TROUBLES DE SOMMEIL:

48. Est-ce que vous ou votre partenaire avez remarqué un des phénomènes suivants?

Si c'est le cas, à quelle fréquence expérimentez-vous ces symptômes?

- | | | |
|---|-----|-----|
| a. Les jambes agitées: Sensations de fourmis ou de douleur dans les jambes (mollets) et incapacité à tenir ses jambes en place. | OUI | NON |
| b. Mouvements périodiques des membres: Tics, secousses dans les jambes durant la nuit, réveil avec des crampes dans les jambes. | OUI | NON |
| c. Apnée: Difficulté de respiration, pause de respiration, souffle court, ronflement, mal de tête matinal, douleur à la poitrine, bouche sèche. | OUI | NON |
| d. Narcolepsie: Attaque de sommeil, paralysie de sommeil, hallucination, hypnagogiques, cataplexie. | OUI | NON |
| e. Problème gastro-intestinal: Brûlement d'estomac, goût acide dans la bouche, régurgitement. | OUI | NON |
| f. Parasomnie: Cauchemar, terreur nocturne, somnambulisme, parler dans son sommeil, bruxisme (grincer les dents). | OUI | NON |
| 49. Est-ce que vous avez déjà travaillé avec un horaire rotatif? | OUI | NON |

LES DEUX PROCHAINES SECTIONS SONT FACULTATIVES (ALLER À LA SECTION DIAGNOSTIC SI VOUS NE LES COMPLÉTEZ PAS.)

HISTOIRE MÉDICALE ET UTILISATION DE MÉDICATION

50. Quand a eu lieu votre dernier examen physique? _____
51. Est-ce que vous avez un problème médical actuellement? Lequel? _____
52. Quel médication prenez-vous couramment? _____
53. Quel est votre poids? _____
lbs, kg
54. Quel est votre taille? _____
m, cm
55. Avez-vous déjà été hospitalisé? Si oui, pourquoi? _____
56. Avez-vous déjà subi une chirurgie? Si oui, pourquoi? _____

PSYCHOPATHOLOGIES:

57. HISTOIRE ANTÉRIEURE DE PSYCHOPATHOLOGIES/ TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE

- | | | |
|--|-----|-----|
| a. Est-ce que vous avez déjà reçu un traitement psychologique ou psychiatrique pour des problèmes émotionnels ou de santé mentale? | OUI | NON |
| b. Est-ce que vous ou une autre personne de votre famille avez déjà été traités pour un problème émotionnel ou de santé mentale dans le passé? | OUI | NON |
| c. Vous est-il déjà arrivé que quelqu'un vous dise que vous devriez consulter quelqu'un en raison de vos comportements ou de vos pensées? | OUI | NON |
| d. Est-ce que vous ou une personne de votre famille avez déjà été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique? | OUI | NON |
| e. Est-ce que l'alcool ou les drogues vous ont déjà causé problème? | OUI | NON |
| f. Avez-vous déjà été traité pour des problèmes d'abus d'alcool/substance? | OUI | NON |

58. PSYCHOPATHOLOGIES COURANTES

- | | | |
|---|-----|-----|
| a. Dernièrement, est-ce que vous avez vécu des choses qui ont été particulièrement difficiles pour vous? | OUI | NON |
| b. Est-ce que vous avez des difficultés au travail ou dans votre famille? | OUI | NON |
| c. Dans le dernier mois, est-ce qu'il y a eu une période de temps où vous vous sentiez déprimé ou découragé la majeure partie de la journée presque tous les jours? | ? 1 | 2 3 |
| d. Si oui, est-ce que c'est depuis au moins deux semaines? | | |
| e. Êtes-vous moins intéressé par la plupart des choses ou incapable d'apprécier les choses que vous aimiez habituellement? | ? 1 | 2 3 |
| f. Si oui, est-ce que c'est à presque tous les jours? | | |

Légende:

?: informations inadéquates, 1: absence ou fausse, 2: seuil clinique, 3: présence

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| g. | Depuis les deux dernières années, avez-vous été dérangé par une humeur dépressive la plupart de la journée, plus de jours que non? | ? | 1 | 2 | 3 |
| h. | Si oui, plus que la moitié du temps? | | | | |
| i. | Avez-vous déjà eu une attaque de panique, quand vous vous sentez soudainement effrayé, anxieux ou extrêmement inconfortable sans aucune raison apparente? | ? | 1 | 2 | 3 |
| j. | Si oui, au moins 4 attaques de panique à l'intérieur d'un mois? | | | | |
| k. | Avez-vous déjà eu peur d'aller à l'extérieur de la maison seul, d'être dans les foules, de se tenir dans une file d'attente, ou de voyager en autobus ou en train? | ? | 1 | 2 | 3 |
| l. | Avez-vous déjà été dérangé par des pensées qui n'avaient pas de sens pour vous et qui revenaient constamment quand vous essayez de vous en débarrasser? (Pensées atroces comme frapper quelqu'un même si vous ne vouliez pas le faire, ou d'être contaminé par des germes ou de la saleté). | ? | 1 | 2 | 3 |
| m. | Dans les derniers six mois, avez-vous été particulièrement nerveux ou anxieux? | ? | 1 | 2 | 3 |
| n. | Est-ce que vous vous inquiétez excessivement à propos de choses terribles qui pourraient arriver? | ? | 1 | 2 | 3 |
| o. | Dans les derniers six mois, pourriez-vous dire que vous vous êtes inquiété la plupart du temps? (Plus de jours que non). | ? | 1 | 2 | 3 |
59. S'il y a présence de psychopathologie, évaluer son début et son développement en relation avec le problème de sommeil.
-
60. Est-ce que l'insomnie survient uniquement durant les épisodes d'anxiété et de dépression? OUI NON

Légende:

?: informations inadéquates, 1: absence ou fausse, 2: seuil clinique, 3: présence

À COMPLÉTER PAR L'ÉVALUATEUR		
Est-ce que le patient rencontre les critères d'insomnie?		
- Latence de sommeil > 30 minutes	OUI	NON
- Durée totale des éveils nocturnes (avant le dernier éveil) > 30 minutes	OUI	NON
- Réveil matinal prématuré (réveil spontané avec moins de 6 heures de sommeil)	OUI	NON
- Fréquence de 3 nuits ou plus par semaine	OUI	NON
- L'insomnie ou ses séquelles (fatigue) causent une détresse (score ≥ 2 sur 4 aux items préoccupation ou insatisfaction de l'ISI) ou une perturbation importante du fonctionnement diurne (score ≥ 2 sur 4 à l'ISI)	OUI	NON
DIAGNOSTIC :		
<input type="checkbox"/> INSOMNIE	<input type="checkbox"/> INSOMNIE - RÉMISSION PARTIELLE	<input type="checkbox"/> AUTRE DIAGNOSTIC : _____

Annexe O: Clinician-administered PTSD Scale (CAPS)

Numéro de dossier

Initiales du client

2. B2: Rêves répétitifs à propos de l'événement, suscitant de la détresse.

Fréquence

Au cours du dernier mois, avez-vous déjà fait des rêves pénibles à propos de l'événement ? Pouvez-vous me décrire un rêve typique. (Qu'arrive-t-il dans ces rêves ?) Combien de fois avez-vous fait de tels rêves au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rêves vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ?

Est-il arrivé qu'ils vous réveillent ? Si oui, dans quel état vous êtes vous réveillé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous rendormir ?

(Être à l'écoute de toute indication d'éveil anxieux, de cris, de mise en acte du cauchemar.)

Vos rêves ont-ils déjà affecté une autre personne ? De quelle façon ?

- 0. Pas du tout dérangé(e) ou bouleversé(e).
- 1. Légèrement : peu de détresse psychologique, peut ne pas s'être réveillé(e).
- 2. Modérément : s'est réveillé(e) en détresse, mais s'est rendormi(e) facilement.
- 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à se rendormir.
- 4. Extrêmement : détresse incapacitante, ne s'est pas rendormi(e).

Numéro de dossier Initiales du client

CRITÈRE D

Symptômes persistants d'hyperéveil.

13. D1 : Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e).

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ? Combien de fois au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir de la difficulté à dormir ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Toutes les nuits ou presque.

Difficulté à s'endormir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveil au milieu du sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveil trop matinal ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre total d'heures de sommeil par nuit:	<input type="text"/>	
Nombre d'heures de sommeil souhaité par nuit:	<input type="text"/>	

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir ? (Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ? Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?) Vous êtes-vous souvent réveillé(e) plus tôt que vous le vouliez ? En tout, combien d'heures avez-vous dormi chaque nuit ?

- 0. Pas de trouble du sommeil.
- 1. Légère difficulté : délai d'endormissement légèrement prolongé ou un peu de difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil \leq 30 minutes).
- 2. Difficulté modérée, net trouble du sommeil : délai d'endormissement nettement prolongé ou nette difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil = 30 à 90 minutes).
- 3. Difficulté sévère : délai d'endormissement très prolongé ou difficulté marquée à rester endormi(e) (perte de sommeil = 90 minutes à 3 heures).
- 4. Difficulté extrême : très long délai d'endormissement ou sévère difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil > 3 heures).

Annexe P : Sexual Experiences Survey (SES)

Have you ever:

1. Had sexual intercourse with a man (woman) when you both wanted to?
2. Had a man (woman) misinterpret the level of sexual intimacy you desired?
3. Been in a situation where a man (you) became so sexually aroused that you felt it was useless to stop him even though you did not want to have sexual intercourse? (could not stop yourself even though the woman didn't want to?)
4. Had sexual intercourse with a man (woman) even though you (she) didn't really want to because he (you) threatened to end your relationship otherwise?
5. Had sexual intercourse with a man (woman) when you (she) didn't really want to because you (she) felt pressured by his (your) continual arguments?
6. Found out that a man had obtained sexual intercourse with you by saying things he didn't really mean? (Obtained sexual intercourse by saying things you didn't really mean?)
7. Been in a situation where a man (you) used some degree of physical force (twisting your [her] arm, holding you [her] down, etc.) to try to make you (a woman) engage in kissing or petting when you (she) didn't want to?
8. Been in a situation where a man (you) tried to get sexual intercourse with you (a woman) when you (she) didn't want to by threatening to use physical force (twisting your [her] arm, holding you [her] down, etc.) if you (she) didn't cooperate, but for various reasons sexual intercourse did not occur?
9. Been in a situation where a man (you) used some degree of physical force (twisting your [her] arm, holding you [her] down, etc.) to try to get you (a woman) to have sexual intercourse with him (you) when you (she) didn't want to, but for various reasons sexual intercourse did not occur?
10. Had sexual intercourse with a man (woman) when you (she) didn't want to because he (you) threatened to use physical force (twisting your [her] arm, holding you [her] down, etc.) if you (she) didn't cooperate?
11. Had sexual intercourse with a man (woman) when you (she) didn't want to because he (you) used some degree of physical force (twisting your [her] arm, holding you [her] down, etc.)?
12. Been in a situation where a man (you) obtained sexual acts with you (a woman) such as anal or oral intercourse when you (she) didn't want to by using threats or physical force (twisting your [her] arm, holding you [her] down, etc.)?
13. Have you ever been raped? (women only)

Annexe Q : Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ)

Name _____ ID# _____ Date _____

A.1. Frequency of nightmares and disturbing dreams

Part I: Frequency by number of nights.

Based on the previous three months, please estimate on *average* how often you experience nightmares and disturbing dreams by selecting *one* of the following categories based on *number of nights*.

Select only one column from the four listed, then circle only *one* category:

Zero	Yearly	Monthly	Weekly
0 nights	1 night per year	1 night per month	1 night per week
	2 per year (1 per 6 months)	2 nights per month	2 nights per week
	3 per year (1 per 4 months)	3 nights per month	3 nights per week
	4 per year (1 per 3 months)		4 nights per week
	5 per year		5 nights per week
	6 per year (1 per 2 months)		6 nights per week
	7 per year		7 nights per week
	8 per year		
	9 per year		
	10 per year		
	11 per year		

Part II: Frequency by actual number of nightmares and disturbing dreams.

Based on the previous three months, please estimate on *average* how often you experience nightmares and disturbing dreams by selecting *one* of the following categories based on the *actual number*.

Select only one column from the four listed, then circle only *one* category:

Zero	Yearly	Monthly	Weekly
0 nightmares	1 nightmare per year	1 nightmare/month	1 nightmare/week
	2 per year (1 per 6 months)	2 per month	2 per week
	3 per year (1 per 4 months)	3 per month	3 per week
	4 per year (1 per 3 months)		4 per week
	5 per year		5 per week
	6 per year (1 per 2 months)		6 per week
	7 per year		7 per week
	8 per year		__ per week ^a
	9 per year		
	10 per year		
	11 per year		

^a If your total number of nightmares and disturbing dreams is more than 7 per week, please *estimate on average* the actual number for a typical week and *fill in the blank*. (For example, some people have *more* than one nightmare or disturbing dream in a single night. They may report 2 disturbing dreams per night for 7 nights in the week. Their total number of nightmares per week would be 2 nightmares × 7 nights = 14.)

Annexe R : Nightmare Distress Questionnaire (NDQ)

nom :	ID # :	DATE :			
<u>QUESTIONNAIRE DE DÉTRESSE ASSOCIÉE AUX CAUCHEMARS</u>					
veuillez encercler une seule réponse par question.					
Quand vous êtes réveillé(e) par un cauchemar, êtes-vous porté(e) à y penser et avoir de la difficulté à l'oublier ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Vous êtes-vous déjà aperçu(e) éviter, détester ou craindre quelqu'un parce qu'il était dans un de vos cauchemars ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Avez-vous déjà craint de vous endormir, de peur d'avoir un cauchemar ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Après vous être réveillé(e) suite à un cauchemar, avez-vous de la difficulté à vous rendormir ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Est-ce que vos cauchemars nuisent à votre qualité de sommeil ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Avez-vous de la difficulté à vivre avec vos cauchemars ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Sentez-vous que vous avez un problème avec vos cauchemars ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Est-ce que vos cauchemars affectent votre bien-être ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Avez-vous déjà eu l'impression qu'un événement survenu dans un cauchemar s'est déjà réellement produit ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
0. Est-ce que vos cauchemars prédisent le futur ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
1. Quand vous avez un cauchemar, est-ce qu'il arrive qu'il semble si réel qu'une fois réveillé(e) vous ayez de la difficulté à vous convaincre que ce n'était qu'un rêve?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
2. Après un cauchemar, en parlez-vous aux gens ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
3. Si dans le futur vous n'aviez plus jamais de cauchemars, est-ce que cela vous manquerait ?	Toujours	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais

Annexe S : Nightmare Effects Survey

Name _____ ID# _____ Date _____

NIGHTMARE EFFECTS SURVEY

1. Do you believe that your nightmares affect other aspects of your life?

1. YES___ 2. NO___

1a. Please rate how much your SLEEP is **adversely** or **negatively** affected by nightmares. (Circle one)

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

1b. Please rate how much your WORK is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

1c. Please rate how much your RELATIONSHIPS are **adversely** or **negatively** affected by nightmares.

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

1d. Please rate how much your DAYTIME ENERGY is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

1e. Please rate how much your SCHOOL is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

1f. Please rate how much your MOOD is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

1g. Please rate how much your SEX LIFE is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.

0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

- 1h. Please rate how much your DIET is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.
0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal
- 1i. Please rate how much your MENTAL HEALTH is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.
0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal
- 1j. Please rate how much your PHYSICAL HEALTH is **adversely** or **negatively** affected by nightmares.
0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal
- 1k. Please rate how much your LEISURE ACTIVITIES are **adversely** or **negatively** affected by nightmares.
0. Not at All 1. Slightly 2. Moderately 3. Very Much 4. A Great Deal

Annexe T : Trauma-Related Nightmare Survey (TRNS)

TRNS

Instructions: The following questions relate to your experience of nightmares in the past month. Nightmares are dreams with negative emotions that wake you up [if you do not wake up, that is a bad dream, not a nightmare]. Please read each question and answer to the best of your ability. If you need more room, feel free to use the back of the page.

1. Approximately how many hours do you sleep per night?

2. Approximately how long does it usually take for you to fall asleep?
 Less than 15 minutes 15 minutes to 1 hour 1 hour to 2 hours More than 2 hours
 if more, how many?

3. In general, how fearful are you to go to sleep?
 Not at all Slightly Moderately Very much Extremely

4. In general, how depressed do you feel when you wake up?
 Not at all Slightly Moderately Very much Extremely

5. In general, how rested do you feel when you wake up?
 Not at all Slightly Moderately Very much Extremely

6. How long have you experienced nightmares? months OR years

7. Did your nightmares begin after a traumatic event, such as sexual assault, combat, fire or any other stressful event?
 Yes No

8. Approximately how many nightmares have you experienced in the past month?
 in the past week in the past month (if less than one per week) less than one per month

9. On how many nights in the past week have you experienced a nightmare?

10. On how many nights in the past week have you experienced more than one nightmare per night?

11. In general, how disturbing have the nightmares been?
 Not at all Slightly Moderately Very much Extremely

12. How many different nightmares do you generally experience?

13. If you have experienced a trauma (serious car accident, natural disaster, sexual assault, etc.), please indicate how similar your nightmare is to the trauma you experienced. If you have more than one nightmare, please answer for the most frequent nightmare. My most frequent nightmare is:
 Exactly or almost exactly like the trauma Similar to trauma, but not exact (explain) Unrelated to traumatic events (explain)

14a. How long does it typically take you to return to sleep after a nightmare?
 less than 15 min 15 min to 1 hr 1 hr to 2 hrs more than 2 hrs typically do not return to sleep

14b. What do you do to help you get back to sleep? (e.g. nothing, read, watch TV, consume alcohol or drugs, etc...)

14c. After waking from the nightmare, do you experience any of the following symptoms? (check all that apply)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Palpitations, pounding heart, or accelerated heart rate | <input type="checkbox"/> Sweating |
| <input type="checkbox"/> Feeling dizzy, unsteady, lightheaded, or faint | <input type="checkbox"/> Trembling or shaking |
| <input type="checkbox"/> Sensations of shortness of breath or smothering | <input type="checkbox"/> Feeling of choking |
| <input type="checkbox"/> Chest pain or discomfort | <input type="checkbox"/> Nausea or abdominal distress |
| <input type="checkbox"/> Numbness or tingling sensations | <input type="checkbox"/> Fear of losing control |
| <input type="checkbox"/> Derealization (feelings of unreality) | <input type="checkbox"/> Chills or hot flashes |
| <input type="checkbox"/> Depersonalization (being detached from oneself) | <input type="checkbox"/> Fear of dying |

14d. What time do you generally wake up from a nightmare?

[if you experience more than one nightmare per night, please indicate the time you wake from the first nightmare]

- 0-2 hours after sleep onset 3-5 hours after sleep onset 6-8 hours after sleep onset 9+ hours after sleep onset

15. In general, I have the same nightmare[s] over and over

- Not at all Slightly Moderately Very much Extremely

16. In general, my nightmares are related to themes of

- | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Powerlessness | <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> Slightly | <input type="checkbox"/> Moderately | <input type="checkbox"/> Very much | <input type="checkbox"/> Extremely |
| Trust | <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> Slightly | <input type="checkbox"/> Moderately | <input type="checkbox"/> Very much | <input type="checkbox"/> Extremely |
| Intimacy | <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> Slightly | <input type="checkbox"/> Moderately | <input type="checkbox"/> Very much | <input type="checkbox"/> Extremely |
| Safety | <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> Slightly | <input type="checkbox"/> Moderately | <input type="checkbox"/> Very much | <input type="checkbox"/> Extremely |
| Esteem | <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> Slightly | <input type="checkbox"/> Moderately | <input type="checkbox"/> Very much | <input type="checkbox"/> Extremely |

Adapted from Davis, L.L., Wright, D., & Borntrager, C. (2001). The Trauma-Related Nightmare Survey. Unpublished measure: University of Tulsa.

Annexe U : Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

S'il-vous-plaît, utilisez l'échelle ci-dessous pour répondre aux questions suivantes. Encerclez le chiffre correspondant à chacune des questions.

<u>Aucun</u>	<u>Léger</u>	<u>Moyen</u>	<u>Très</u>	<u>Extrêmement</u>
0	1	2	3	4

1. S'il-vous-plaît, estimez la **SÉVÉRITÉ** actuelle de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

d. Somnolence diurne:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

e. Sommeil non-récupérateur:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

<u>Satisfait</u>	<u>Un peu insatisfait</u>	<u>Insatisfait</u>	<u>Assez Insatisfait</u>	<u>Très Insatisfait</u>
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **INTERFÈRENT** avec votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur, etc.)?

<u>Aucun</u>	<u>Léger</u>	<u>Moyen</u>	<u>Très</u>	<u>Extrêmement</u>
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

<u>Aucun</u>	<u>Léger</u>	<u>Moyen</u>	<u>Très</u>	<u>Extrêmement</u>
0	1	2	3	4

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

6. Jusqu'à quel point croyez-vous que les facteurs suivants contribuent à vos difficultés de sommeil?

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
a. Perturbations cognitives (Pensées qui tourment dans la tête pendant la nuit).	0	1	2	3	4
b. Perturbations somatiques (tension musculaire, douleur)	0	1	2	3	4
c. Mauvaises habitudes de sommeil	0	1	2	3	4
d. Processus naturel de vieillissement	0	1	2	3	4
e. Stress	0	1	2	3	4

7. Après une **MAUVAISE NUIT DE SOMMEIL**, lesquels des difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain? Veuillez indiquer à quelle intensité vous éprouvez ces difficultés.

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
a. Fatigue pendant le jour (e.g. fatigué(e), épuisé(e), exténué(e), endormi(e), etc.)	0	1	2	3	4
b. Difficulté à fonctionner (e.g. diminution de la performance au travail/routine quotidienne, difficulté à se concentrer, problèmes de mémoire)	0	1	2	3	4
c. Problèmes d'humeur (e.g. irritable, tendu(e), nerveux(se), déprimé(e), anxieux(se), maussade, hostile, en colère, confus(e), etc.)	0	1	2	3	4
d. Autres (spécifiez, s.v.p.):	0	1	2	3	4

Note: Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE (ISI)
(personne significative)

Nom: _____ Âge: _____ Date: _____

Nom du participant: _____ Relation: conjoint, ami, fille, fils, frère, sœur, collègue

Partagez-vous sa chambre à coucher? OUI NON

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus fidèlement possible à son sommeil **au cours du dernier mois**.

Pour les 3 premières questions, veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** de ses difficultés de sommeil.

1. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

2. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

3. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. Jusqu'à quel point est-il (elle) **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de son sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point considérez-vous que ses difficultés de sommeil **PERTURBENT** son fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

6. À quel point considérez-vous que ses difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de sa vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

7. Jusqu'à quel point est-il (elle) **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de ses difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

8. Combien de nuits par semaine (moyenne du dernier mois) a-t-il (elle) des difficultés de sommeil?

_____ nuits par semaine

9. Jusqu'à quel point êtes-vous **AU COURANT** de ses habitudes de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Annexe V : Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)

No. participant(e) étude : _____ / Date : _____ / Temps phase étude : _____
Âge : _____

CONSIGNES: Les questions suivantes font référence à vos habitudes de sommeil au cours du dernier mois seulement. Vos réponses devraient correspondre aux meilleures estimations possibles pour la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. S'il-vous-plaît, répondez à toutes les questions.

1. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous couché(e)?
Heure habituelle de coucher: _____
2. Durant le dernier mois, combien de temps (en min.) avez-vous pris pour vous endormir à chaque soir?
Nombre de minutes: _____
3. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levé(e) le matin?
Heure habituelle de lever: _____
4. Durant le dernier mois, combien d'heures de sommeil avez-vous eu par nuit? (Ceci peut-être différent du nombre d'heures passé au lit)?
Nombre d'heures de sommeil par nuit: _____

Pour chacune des questions suivantes, cocher la meilleure réponse : S.V.P., répondez à toutes les questions.

5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous...

a) Ne pouviez pas vous endormir à l'intérieur de 30 minutes:

Jamais au cours du dernier mois _____	Moins d'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	Trois fois ou plus par semaine _____
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---

b) Vous réveilliez au milieu de la nuit ou tôt le matin:

Jamais au cours du dernier mois _____	Moins d'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	Trois fois ou plus par semaine _____
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---

c) Deviez vous lever pour aller à la salle de bain:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

d) Ne pouviez pas respirer facilement:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

e) Toussiez ou ronfliez bruyamment:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

f) Aviez trop froid:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

g) Aviez trop chaud:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

h) Aviez fait de mauvais rêves:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

i) Ressentiez de la douleur:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

j) Autre(s) raison(s) ; S.V.P., décrivez:

À quelle fréquence durant le dernier mois avez-vous eu de la difficulté à dormir pour cette raison ?

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

6. Durant le dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité globale de votre sommeil?

Très bien _____ Plutôt bien _____ Plutôt mal _____ Très mal _____

7. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous pris une médication (avec ou sans ordonnance) pour vous aider à dormir?

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

8. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à rester éveillé(e) pendant que vous conduisiez, mangiez ou vous engagiez dans une activité sociale?

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

9. Durant le dernier mois, jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités ?

Aucun _____ Léger _____ Quelque peu _____ Beaucoup _____

10. Avez-vous un partenaire de lit ou de chambre? (cochez)

- a) Pas de partenaire de lit ou de chambre ()
- b) Partenaire ou colocataire dans une autre chambre ()
- c) Partenaire dans la même chambre, mais pas le même lit ()
- d) Partenaire dans le même lit ()

Si vous avez un partenaire de lit ou de chambre, demandez-lui combien de fois dans le dernier mois vous avez...

a) Ronflé bruyamment:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

b) Eu de longues pauses entre les respirations pendant votre sommeil:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

c) Eu des contractions ou des secousses dans les jambes pendant votre sommeil:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

d) Eu des épisodes de désorientation ou de confusion durant le sommeil:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

a) Eu d'autres agitations pendant que vous dormiez; s.v.p. décrivez:

Jamais au cours du dernier mois_____	Moins d'une fois par semaine_____	Une ou deux fois par semaine_____	Trois fois ou plus par semaine_____
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Annexe W : Pittsburg Sleep Quality Index – Addendum (PSQI-A)

CONSIGNES (suite...) : Veuillez s'il-vous-plaît répondre aux questions additionnelles suivantes concernant votre sommeil au cours du dernier mois. Ajoutez toutes observations provenant de votre partenaire de chambre ou de lit.

11. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous...

a) Avez éprouvé des bouffées de chaleur:

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

b) Ressentiez une nervosité générale:

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

c) Avez eu des souvenirs ou des cauchemars se rattachant à un événement traumatique:

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

d) Avez éprouvé une anxiété sévère ou de la panique qui n'étaient pas reliées à un souvenir traumatique:

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

e) Avez fait de mauvais rêves qui n'étaient pas reliés à des souvenirs traumatiques:

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

f) Avez connu un épisode de terreur ou de hurlements durant votre sommeil alors que vous n'étiez pas vraiment éveillé(e):

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

g) Avez «agi» vos rêves en donnant des coups de pied, des coups de poing, en courant ou en criant:

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

Jamais au cours du dernier mois _____
Moins d'une fois par semaine _____
Une ou deux fois par semaine _____
Trois fois ou plus par semaine _____

12. Si vous avez eu des souvenirs ou des cauchemars en lien avec un événement traumatique au cours de votre sommeil (question 11-c ci-haut)...

a) À quel point avez-vous ressenti de l'anxiété durant ces souvenirs/cauchemars?

Aucunement _____ Très peu _____ Moyennement _____ Beaucoup _____

b) À quel point avez-vous ressenti de la colère durant ces souvenirs/cauchemars?

Aucunement _____ Très peu _____ Moyennement _____ Beaucoup _____

c) À quel moment de la nuit la plupart de ces souvenirs/cauchemars se sont-ils produits?

Tôt dans la nuit _____ Dans le milieu de la nuit _____ Tard dans la nuit, près du matin _____ Pas de moment en particulier _____

Annexe X : Échelle de croyances et d'attitudes concernant le sommeil (CAS)

Nom: _____

Date: _____

Plusieurs énoncés reflétant les croyances et les attitudes des gens concernant le sommeil sont énumérés ci-dessous. S'il-vous-plaît, veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes personnellement en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour chaque phrase, encerclez le chiffre correspondant à votre estimation personnelle. Essayez d'utiliser l'échelle entière plutôt que d'utiliser uniquement ses extrémités. S'il-vous-plaît, veuillez répondre à toutes les questions même si vous n'avez pas de difficulté de sommeil. Pour chacune des questions, veuillez vous référer à l'échelle ci-dessous.

Fortement en désaccord

Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et bien fonctionner pendant la journée.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Lorsque je ne dors pas suffisamment durant la nuit, j'ai besoin de récupérer le jour suivant en faisant une sieste, ou la nuit suivante, en dormant plus longtemps.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Parce que je vieillis, j'ai besoin de moins de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

4. Je m'inquiète lorsque je passe une nuit ou deux sans dormir. Je pourrais faire une crise de nerfs.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. En passant plus de temps au lit, je dors habituellement plus longtemps et je me sens mieux le lendemain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Lorsque j'ai de la difficulté à m'endormir ou à me rendormir après un réveil nocturne, je devrais rester au lit et essayer davantage.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Je suis inquiet(ète) de perdre le contrôle sur mes habiletés à dormir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Parce que je vieillis, je dois aller au lit plus tôt dans la soirée.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que cela va nuire à mes activités quotidiennes le lendemain.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Afin d'être éveillé et de bien fonctionner le jour, je crois qu'il serait mieux de prendre une pilule pour dormir plutôt que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Lorsque je me sens irritable, déprimé(e) ou anxieux(se) pendant la journée, c'est surtout parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Parce que mon/ma conjoint(e) s'endort aussitôt qu'il/elle se couche et reste endormi(e) toute la nuit, je devrais être capable d'en faire autant.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Je pense que l'insomnie est essentiellement le résultat du vieillissement et peu de choses peuvent être faites pour ce problème.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. J'ai parfois peur de mourir pendant mon sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Quand j'ai une bonne nuit de sommeil, je sais que j'en payerai le prix la nuit suivante.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Quand je dors mal une nuit, je sais que cela dérangera mon horaire de sommeil pour toute la semaine.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Sans une nuit de sommeil adéquate, je peux à peine fonctionner le lendemain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Je ne peux jamais prédire si j'aurai une bonne ou une mauvaise nuit de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. J'ai peu d'habiletés pour faire face aux conséquences négatives d'un sommeil troublé.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Quand je me sens fatigué(e), sans énergie ou simplement incapable de bien fonctionner, c'est généralement parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Je deviens envahi(e) par mes pensées la nuit et souvent je sens que je n'ai pas le contrôle sur ces pensées.

TRAUMA SEXUEL, TROUBLES DU SOMMEIL & TRAITEMENTS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Je crois que je peux encore mener une vie satisfaisante malgré des difficultés de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Je crois que l'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre hormonal.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Je crois que l'insomnie est en train de ruiner ma capacité à jouir de la vie et m'empêche de faire ce que je veux.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Un verre d'alcool avant l'heure du coucher est une bonne solution aux difficultés de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. La médication est probablement la seule solution à l'insomnie.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Mon sommeil se détériore continuellement et je ne crois pas que quelqu'un puisse m'aider.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Habituellement, lorsque je n'ai pas bien dormi, ça affecte mon apparence physique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. J'évite ou j'annule mes engagements (sociaux, familiaux) après une mauvaise nuit de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe Y : Agenda de sommeil

INSTRUCTIONS POUR L'AGENDA DU SOMMEIL

Afin de mieux comprendre votre sommeil, nous aimerions que vous recueilliez quelques informations sur vos habitudes de sommeil. Après vous être levé(e) le matin, veuillez répondre à chacune des 11 questions de l'agenda du sommeil. Il est important que vous complétiez cet agenda **TOUS LES MATINS**. Nous sommes conscients qu'il est difficile d'estimer combien de temps il vous a fallu pour vous endormir ou combien de temps vous vous êtes éveillé(e) durant la nuit. Souvenez-vous, s'il-vous-plaît, que nous ne voulons pas des nombres exacts, puisque ceci est presque impossible ; plutôt, nous vous demandons vos meilleures **ESTIMATIONS**. Pour illustrer la façon dont vous devriez remplir cet agenda, la première colonne vous donne des consignes spécifiques et la deuxième vous fournit un exemple pour chaque question. Voici d'autres spécifications :

1. Siestes : Ceci devrait inclure toutes les siestes même si celles-ci n'étaient pas intentionnelles. Par exemple, si vous vous êtes assoupi(e) devant la télévision pour 10 minutes, veuillez en prendre note. Assurez-vous de spécifier a.m. ou p.m.
 2. Aides pour dormir : Vous devriez inclure autant les médicaments prescrits que ceux qui sont disponibles en vente libre ainsi que l'alcool que vous consommez pour vous aider à dormir.
 3. Heure du coucher : Ceci est l'heure à laquelle vous vous êtes installé(e) au lit. Si vous vous couchez à 10h45 mais que vous éteignez les lumières à 11h15, veuillez inscrire ces deux heures dans l'espace prévu.
 4. Temps d'endormissement : Fournissez votre meilleure estimation du temps que vous avez mis à vous endormir après avoir éteint les lumières en ayant l'intention de dormir.
 5. Nombre d'éveils : Ceci est le nombre de fois que vous vous souvenez vous être réveillé(e) la nuit dernière.
 6. Durée des périodes d'éveil : Veuillez estimer, au meilleur de votre connaissance, combien de minutes vous avez passées éveillé(e) pour chaque période d'éveil. Si ceci s'avère être impossible, alors estimez le nombre total de minutes que vous avez passées éveillé(e) pour toutes vos périodes d'éveil additionnées. Ceci ne devrait pas inclure votre dernier réveil du matin puisque cette information sera notée au numéro 8.
 7. Nombre de levers : Veuillez indiquer le nombre de fois que vous vous êtes levé(e), c'est-à-dire le nombre de fois que vous avez quitté votre lit et vous êtes rendu(e) dans une autre pièce de la résidence pour vous engager dans une activité incompatible avec le sommeil.
 8. Réveil du matin : Ceci est la dernière fois que vous vous êtes réveillé(e) le matin. Si vous vous êtes réveillé à 4h00 et que vous ne vous êtes jamais rendormi(e), c'est l'heure à inscrire. Cependant, si vous vous êtes rendormi(e), même pour un bref instant (par exemple entre 6h00 et 6h20), alors votre dernier réveil serait 6h20.
 9. Heure du lever : Ceci est l'heure à laquelle vous vous êtes levé(e) pour la journée.
 10. Sentiment au lever : Veuillez utiliser l'échelle à cinq points qui suit :
1 = Épuisé(e) ; 2 = Fatigué(e) ; 3 = Moyennement reposé(e) ; 4 = Plutôt reposé(e) ; 5 = Très reposé(e)
 11. Qualité du sommeil : Veuillez utiliser l'échelle à cinq points qui suit :
1 = Très agité ; 2 = Agité ; 3 = De qualité moyenne ; 4 = Profond ; 5 = Très profond
- IL EST TRÈS IMPORTANT DE COMPLÉTER VOTRE AGENDA TOUS LES MATINS.
 - PAR EXEMPLE, QUAND VOUS VOUS LEVEZ UN MERCREDI MATIN, REMPLISSEZ LA COLONNE DU MARDI ; ET AINSI DE SUITE.
 - S'IL-VOUS-PLAÎT, SOUVENEZ-VOUS QUE NOUS NE VOUS DEMANDONS QUE VOS MEILLEURES ESTIMATIONS.
 - S'IL DEVAIT SE PRODUIRE UN QUELCONQUE ÉVÉNEMENT INHABITUEL UNE CERTAINE NUIT (MALADIE, URGENCE, TÉLÉPHONE), VEUILLEZ EN PRENDRE NOTE.

Agenda du sommeil

Nom : _____ au _____ Semaine du : _____

	Le matin, je complète ma nuit du (Nuit) Date	Exemple								
1.	Hier, j'ai fait la sieste entre ___ et ___. (Notez l'heure de toutes les siestes).	Mardi 25/03 13h50 à 14h30								
2.	Hier, j'ai pris ___ mg de médicament et/ou ___ oz d'alcool pour dormir.	Halcion 0.125 mg								
3.	Je me suis couché(e) à ___ hres. J'ai éteint les lumières à ___ hres.	' 22h45 23h15								
4.	Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi(e) en ___ min.	40 min.								
5.	Mon sommeil a été interrompu ___ fois. (Spécifier le nombre de fois.)	3								
6.	Mon sommeil a été interrompu ___ min. (Spécifier la durée en minutes de chaque période d'éveil.)	10 5 45								
7.	Cette nuit, je me suis levé(e) ___ fois. (Indiquer le nombre de fois que vous avez quitté le lit.)	3								
8.	Ce matin, je me suis réveillé(e) à ___ hres. (Noter l'heure du dernier réveil.)	6h15								
9.	Ce matin, je me suis levé(e) à ___ hres. (Spécifiez l'heure.)	6h40								
10.	Au lever ce matin, je me sentais ___. (1= épuisé(e), 5= reposé(e))	2								
11.	Dans l'ensemble, mon sommeil de la nuit dernière a été ___. (1= agité, 5 = très profond)	3								

Annexe Z : Journal de rêves/cauchemars

Journal de rêves

À remplir le matin

Heure du réveil: _____

Date : _____

Ceci est mon rêve # _____ (1 ou 2 ou... de cette nuit)

RACONTEZ VOTRE RÊVE EN MENTIONNANT TOUS LES DÉTAILS DONT VOUS VOUS SOUVENEZ: Décrivez les lieux, les événements, les personnages et leurs activités, les sentiments et les émotions qui y sont vécus. Indiquez ce qui arrive aux personnages, incluant vous-même.
(Écrire le plus clairement possible.)

Questionnaire sur la fréquence de rappel de rêves

Nom :

Date :

Répondez aux trois questions suivantes en lien avec la fréquence de rappel de vos rêves.

1. Habituellement, à quelle fréquence vous souvenez-vous, le matin au réveil, d'un rêve que vous avez eu pendant la nuit?

Presque toutes les nuits _____
Plusieurs fois par semaine _____
Environ une fois par semaine _____

Environ une fois par deux semaines _____
Environ une fois par mois _____
Moins d'une fois par mois _____

2. À quelle fréquence avez-vous des cauchemars?

Presque toutes les nuits _____
Plusieurs fois par semaine _____
Environ une fois par semaine _____

Environ une fois par deux semaines _____
Environ une fois par mois _____
Moins d'une fois par mois _____

3. Comparez vos rêves à il y a 10 ans. Vos rêves sont-ils:

Plus fréquents _____ Moins fréquents _____ Aussi fréquents _____

Plus vivants et réels _____ Moins vivants et réels _____ Aussi vivants et réels _____

Annexe AA : Autres mesures & questionnaires recensés

Nom : _____ Date : _____

ID : _____ # Nuit : _____ # Rêve : _____

Évaluation du degré émotionnel du rêve

A. Questionner le participant à la suite du récit de rêve sur les émotions ressenties. Lors de votre rêve, avez-vous ressenti les émotions suivantes et si oui, à quel degré d'intensité :

Émotion	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Joie	1	2	3	4
Bonheur	1	2	3	4
Appréhension	1	2	3	4
Colère	1	2	3	4
Tristesse	1	2	3	4
Confusion	1	2	3	4
Peur	1	2	3	4
Anxiété	1	2	3	4

B. À quel degré d'intensité votre rêve était :

1. Bonne qualité de rappel: 1 2 3 4
2. Vivant: 1 2 3 4
3. Contenu agréable: 1 2 3 4
4. Contenu désagréable : 1 2 3 4

1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Modérément 4 = Beaucoup

ÉCHELLE DE PERCEPTION DU STRESS
(Cohen et al., 1983; Traduction française validée)

Dans le **dernier mois**, à quelle fréquence...

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
a) Avez-vous été contrarié par quelque chose qui est survenu de façon inattendue?	0	1	2	3	4
b) Avez-vous senti que vous étiez incapable de contrôler les choses importantes de votre vie?	0	1	2	3	4
c) Vous êtes-vous senti nerveux et stressé?	0	1	2	3	4
d) Avez-vous composé efficacement avec les événements mineurs stressants et irritants de la vie?	0	1	2	3	4
e) Avez-vous senti que vous composiez de façon adéquate avec des changements importants survenant dans votre vie?	0	1	2	3	4
f) Vous êtes-vous senti confiant concernant vos habiletés à prendre en mains vos problèmes personnels?	0	1	2	3	4
g) Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?	0	1	2	3	4
h) Avez-vous trouvé que vous ne pourriez pas composer adéquatement avec toutes les choses que vous aviez à faire?	0	1	2	3	4
i) Avez-vous été capable de contrôler les irritants de votre vie?	0	1	2	3	4
j) Avez-vous senti que vous étiez au-dessus de vos affaires?	0	1	2	3	4
k) Avez-vous été en colère en raison de choses qui arrivaient et qui étaient hors de votre contrôle?	0	1	2	3	4
l) Avez-vous pensé aux choses que vous aviez à faire?	0	1	2	3	4
m) Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous employiez votre temps?	0	1	2	3	4
n) Avez-vous senti que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez les surmonter?	0	1	2	3	4

Échelle de l'État d'Activation Avant le Coucher

Nom: _____ Groupe: _____ Date: _____

Les énoncés ci-dessous réfèrent à des symptômes que vous pouvez ressentir le soir avant de vous endormir. Ces symptômes correspondent à votre état d'activation au coucher. Veuillez indiquer l'intensité avec laquelle vous avez ressenti, hier soir en vous couchant, chacun de ces symptômes à l'aide de l'échelle suivante:

1= Pas du tout 2= Légèrement 3= Modérément 4= Beaucoup 5= Extrêmement

SOUS-ÉCHELLE SOMATIQUE

	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1- Le coeur qui bat fort, rapidement et/ou de façon irrégulière	1	2	3	4	5
2- Sensation d'agitation ou de nervosité dans votre corps	1	2	3	4	5
3- Souffle court ou respiration difficile	1	2	3	4	5
4- Sensation de tension et de raideur dans vos muscles	1	2	3	4	5
5- Sensation de froideur dans vos mains, vos pieds ou votre corps en général	1	2	3	4	5
6- Avoir l'estomac dérangé (serrement ou sensation de nervosité dans l'estomac, brûlement, nausée, gaz, etc.)	1	2	3	4	5
7- Transpiration dans la paume de vos mains ou dans d'autres parties de votre corps	1	2	3	4	5
8- Sensation de sécheresse dans votre bouche ou votre gorge	1	2	3	4	5

SOUS-ÉCHELLE COGNITIVE

9- S'inquiéter à propos de s'endormir	1	2	3	4	5
10- Passer en revue ou ruminer sur les événements de la journée	1	2	3	4	5
11- Avoir des pensées dépressives ou anxieuses	1	2	3	4	5
12- S'inquiéter à propos d'autres problèmes que le sommeil	1	2	3	4	5
13- Être mentalement actif ou alerte	1	2	3	4	5
14- Ne pas être capable d'arrêter de penser	1	2	3	4	5
15- Des pensées se bousculent dans votre tête	1	2	3	4	5
16- Être distrait par des sons, du bruit dans l'environnement (le tic-tac de l'horloge, bruits de la maison, la circulation)	1	2	3	4	5

INVENTAIRE DES STRATÉGIES D'ADAPTATION LORS DE SITUATIONS STRESSANTES

Les énoncés suivants correspondent à des façons dont les gens réagissent à une variété de situations difficiles, stressantes ou bouleversantes. Indiquez à quel point vous vous engagez dans les activités décrites lorsque vous affrontez une telle situation (difficile, stressante ou bouleversante). Encercliez un numéro de 1 à 5 pour chaque item; 1 signifiant que vous ne vous engagez pas du tout dans cette activité et 5 signifiant que vous vous engagez beaucoup dans cette activité lorsque vous affrontez une situation difficile.

	Pas du tout			Beaucoup	
	1	2	3	4	5
1. Mieux planifier mon temps	1	2	3	4	5
2. Me concentrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre	1	2	3	4	5
3. Penser aux bons moments que j'ai eus dans le passé	1	2	3	4	5
4. Essayer d'être avec d'autres personnes	1	2	3	4	5
5. Me blâmer pour avoir remis des choses à plus tard	1	2	3	4	5
6. Faire ce que je pense qui est le mieux	1	2	3	4	5
7. Me préoccuper de mes maux et de mes souffrances	1	2	3	4	5
8. Me culpabiliser de m'être embarqué(e) dans cette situation	1	2	3	4	5
9. Magasiner, « faire du lèche vitrine »	1	2	3	4	5
10. Délimiter mes priorités	1	2	3	4	5
11. Essayer d'aller dormir	1	2	3	4	5
12. Me gâter avec mon repas ou ma collation favorite	1	2	3	4	5
13. Me sentir anxieux(se) de ne pas être capable de gérer la situation	1	2	3	4	5
14. Devenir très tendu(e)	1	2	3	4	5
15. Penser à comment j'ai résolu des problèmes semblables	1	2	3	4	5
16. Me dire que ce n'est réellement pas en train de m'arriver	1	2	3	4	5
17. Me culpabiliser de réagir de façon trop émotionnelle à la situation	1	2	3	4	5
18. Sortir pour prendre un repas ou une collation	1	2	3	4	5
19. Devenir très bouleversé(e)	1	2	3	4	5
20. M'acheter quelque chose	1	2	3	4	5
21. Déterminer une façon d'agir et la suivre	1	2	3	4	5
22. Me culpabiliser de ne pas savoir quoi faire	1	2	3	4	5
23. Aller à une fête, une soirée	1	2	3	4	5
24. Travailler pour comprendre la situation	1	2	3	4	5
25. Figé et ne pas savoir quoi faire	1	2	3	4	5
26. Corriger la situation immédiatement	1	2	3	4	5
27. Réfléchir à la situation et apprendre de mes erreurs	1	2	3	4	5
28. Souhaiter changer ce qui est arrivé ou comment je me suis senti(e)	1	2	3	4	5
	Pas du tout			Beaucoup	

	Pas du tout			Beaucoup	
	1	2	3	4	5
29. Visiter un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
30. M'inquiéter à propos de ce que je vais faire	1	2	3	4	5
31. Passer du temps avec une personne spéciale	1	2	3	4	5
32. Aller marcher	1	2	3	4	5
33. Me dire que ça n'arrivera plus jamais	1	2	3	4	5
34. Me concentrer sur mes faiblesses générales	1	2	3	4	5
35. Parler à quelqu'un dont je respecte l'opinion	1	2	3	4	5
36. Analyser le problème avant de réagir	1	2	3	4	5
37. Téléphoner à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
38. Devenir en colère	1	2	3	4	5
39. Ajuster mes priorités	1	2	3	4	5
40. Voir un film	1	2	3	4	5
41. Prendre le contrôle de la situation	1	2	3	4	5
42. Faire un effort supplémentaire pour accomplir les tâches à l'agenda	1	2	3	4	5
43. Générer plusieurs solutions différentes au problème	1	2	3	4	5
44. Prendre du repos et fuir la situation	1	2	3	4	5
45. S'en prendre à d'autres personnes	1	2	3	4	5
46. Utiliser la situation pour me prouver que je peux le faire	1	2	3	4	5
47. Essayer d'être organisé(e) pour pouvoir être au-dessus de la situation	1	2	3	4	5
48. Regarder la télévision	1	2	3	4	5
	Pas du tout			Beaucoup	

Annexe AB : Algorithme de traitement (récupéré de la thèse de K. Levrier, 2015)

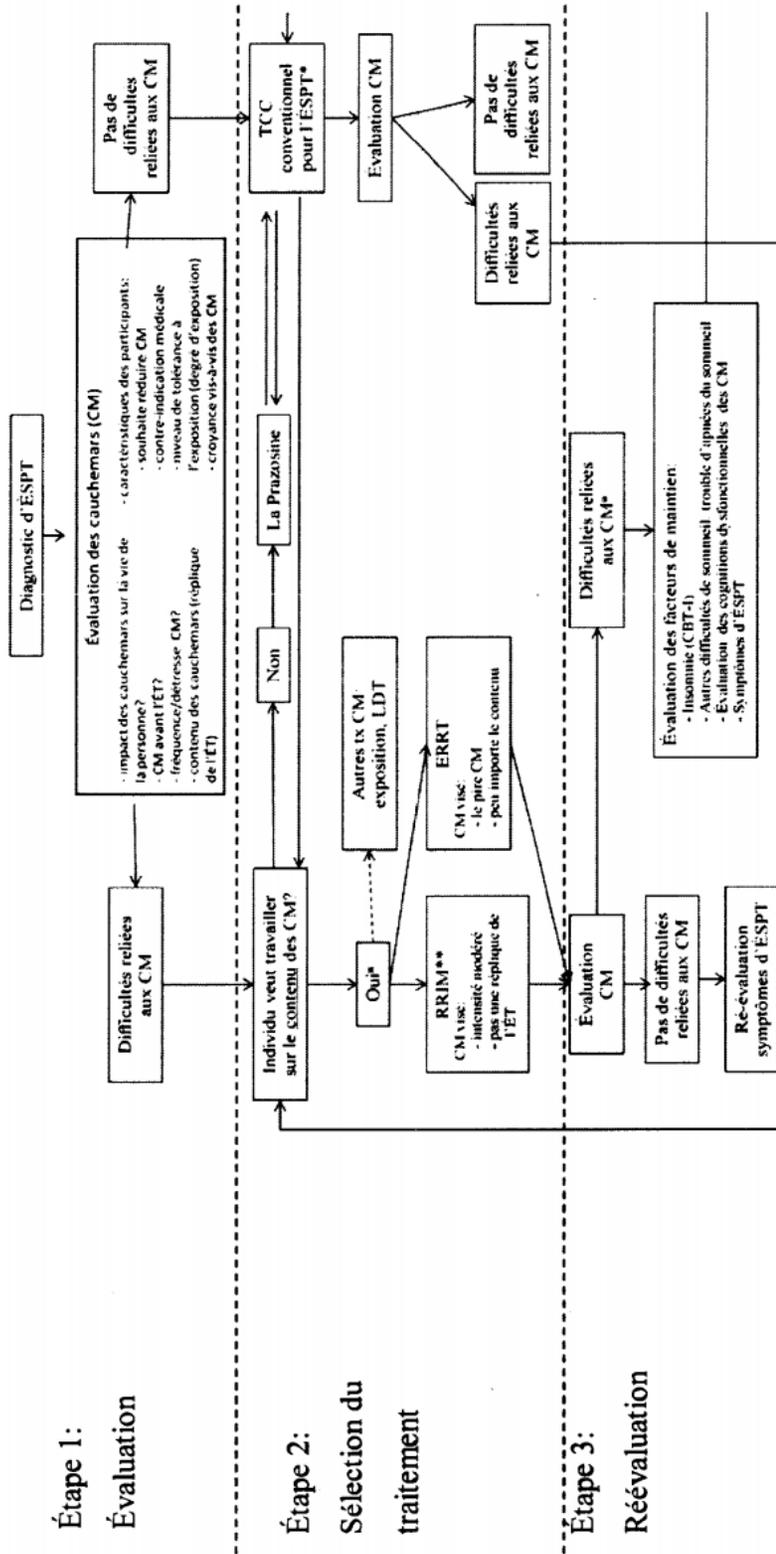


Figure 5.3 Arbre décisionnel concernant le choix de l'intervention à privilégier pour traiter les cauchemars dans un contexte d'ESPT

CM = cauchemar post-traumatique; * = ; ajouter une psychoéducation sur les CM + continuer d'enregistrer les CM tout au long du traitement. Éventuellement, ajouter des séances d'exposition. ** = CBT-I peut être ajouté; a = les écrits scientifiques doivent confirmer cet aspect.

Annexe AC : Références des études primaires incluses

- Antal, H. M. (2005). *The psychological and physical impact of writing about childhood abuse*. (65), ProQuest Information & Learning, US.
- Coelho, G. A., Rodrigues, E., Andersen, M. L., Tufik, S., & Hachul, H. (2013). Psychotherapy Improved the Sleep Quality in a Patient Who Was a Victim of Child Sexual Abuse: A Case Report. *Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3146-3150.
- Davis, J., De Arellano, M., Falsetti, S., & Resnick, H. (2003). Treatment of nightmares related to post-traumatic stress disorder in an adolescent rape victim. *Clinical Case Studies*, 2(4), 283-294. doi:10.1177/1534650103256289
- Davis, J., & Wright, D. (2005). Case series utilizing exposure, relaxation, and rescripting therapy: impact on nightmares, sleep quality, and psychological distress. *Behavioral sleep medicine*, 3(3), 151.
- DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of residual insomnia after CBT for PTSD: case studies. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 155-159. doi:http://dx.doi.org/10.1002/jts.20015
- Galovski, T. E., Monson, C., Bruce, S. E., & Resick, P. A. (2009). Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 197-204.
- Gehrman, P. R., & Harb, G. C. (2010). Treatment of nightmares in the context of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1185-1194. doi:10.1002/jclp.20730
- Gutner, C. A., Casement, M. D., Stavitsky Gilbert, K., & Resick, P. A. (2013). Change in sleep symptoms across Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure: A longitudinal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 817-822.
- Harmon, R. J., & Riggs, P. D. (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1247-1249. doi:10.1097/00004583-199609000-00022
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., . . . Prince, H. (2001a). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(5), 537-545. doi:10.1001/jama.286.5.537
- Krakov, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L., & Tandberg, D. (2001b). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health*, 29(2), 94-100. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00195-6

- Kroese, B. S., & Thomas, G. (2006). Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability--Two Descriptive Case Studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 75-80. doi:10.1111/j.1468-3148.2005.00275.x
- Lorenz, R. A., Hayes, J. W., & Saitz, M. (2013). Prazosin treatment of nightmares related to post-traumatic stress disorder. *Mental Health Clinician*, 2(7), 202-203. doi:http://dx.doi.org/10.9740/mhc.n131051
- Murray-Swank, N. A. (2004). *Solace for the soul: An evaluation of a psycho-spiritual intervention for female survivors of sexual abuse*. (64), ProQuest Information & Learning, US.
- Oluwabusi, O. O., Sedky, K., & Bennett, D. S. (2012). Prazosin treatment of nightmares and sleep disturbances associated with posttraumatic stress disorder: Two adolescent cases. *Journal of Child Adolescence Psychopharmacological*, 22(5), 399-402.
- Pigeon, W. R., May, P. E., Perlis, M. L., Ward, E. A., Lu, N., & Talbot, N. L. (2009). The effect of interpersonal psychotherapy for depression on insomnia symptoms in a cohort of women with sexual abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 634-638. doi:10.1002/jts.20456
- Pruikma, K. E., Molino, A., Taylor, D. J., Resick, P. A., & Peterson, A. L. (2015). Case Study of Cognitive Behavioral Therapy for Comorbid PTSD, Insomnia, and Nightmares. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*, 1-8.
- Rijnders, R. J., Laman, D. M., & Van Diujn, H. (2000). Cyproheptadine for posttraumatic nightmares. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1524-1525.
- Salviati, M., Pallagrosi, M., Valeriani, G., Carlone, C., Todini, L., & Biondi, M. (2013). On the role of noradrenergic system in PTSD and related sleep disturbances. The use of terazosin in PTSD related nightmares: A case report. *Clinica Terapeutica*, 164(2), 133-137.
- Strawn, J. R., & Keeshin, B. R. (2011). Successful treatment of posttraumatic stress disorder with prazosin in a young child. *Annals of Pharmacotherapy*, 45(12), 1590-1591.
- Taylor, F. B. (2003). Tiagabine for posttraumatic stress disorder: a case series of 7 women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1421-1425. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v64n1204
- Willner, P. (2004). Brief cognitive therapy of nightmares and post-traumatic ruminations in a man with a learning disability. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 459-464. doi:http://dx.doi.org/10.1348/0144665042388919