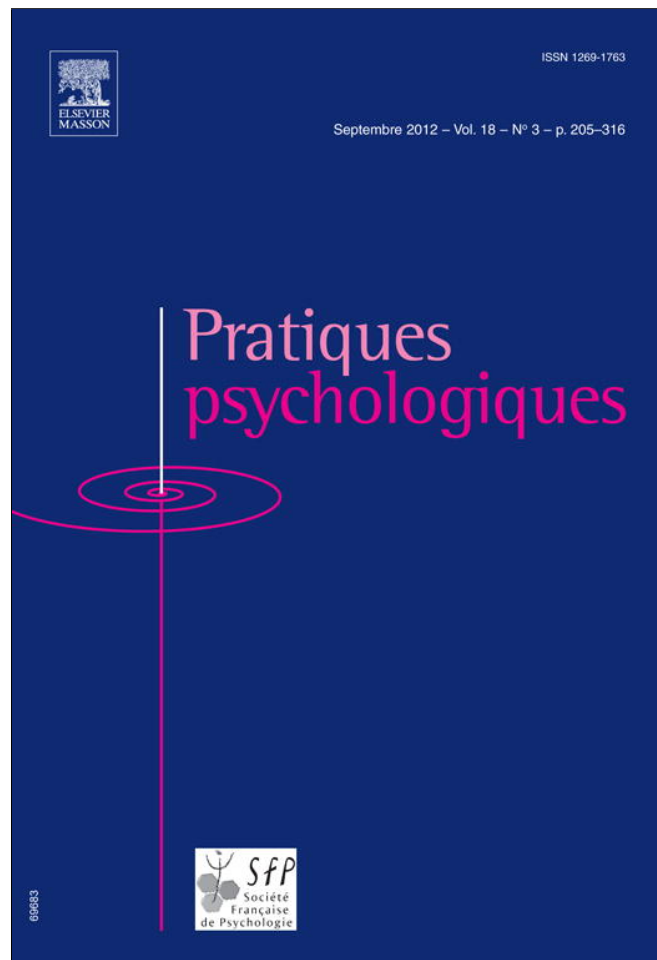


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Pratiques psychologiques 18 (2012) 245–264

Pratiques
psychologiques

www.em-consulte.com

Psychologie clinique

Prévalence, corrélats et traitements des cauchemars chez les enfants

*Prevalence, correlates and treatment of
nightmares in children*

A. Gauchat, A. Zadra^{1,*}

*Département de psychologie, université de Montréal,
C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec,
Canada H3C 3J7*

Reçu le 9 juillet 2009 ; accepté le 10 février 2010

Résumé

Relativement peu d'articles se sont intéressés aux cauchemars chez les enfants. Cet article se propose de faire la recension de ces études afin de tirer des conclusions sur la prévalence, les corrélats et les traitements, tout en répertoriant les principaux problèmes méthodologiques. Il en ressort que près de la moitié des enfants ont des cauchemars et que ces derniers sont reliés à des variables telles l'anxiété, le stress, les troubles de comportement ou encore à d'autres problèmes de sommeil. Très peu d'études se sont intéressées au traitement des cauchemars ; des résultats prometteurs ont toutefois été obtenus en utilisant un traitement par répétition de l'imagerie mentale. Finalement, des avenues pour les recherches futures dans ce domaine sont proposées.

© 2010 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Mauvais rêves ; Cauchemars ; Enfants ; Anxiété ; Traitement

Abstract

Few studies have been conducted on nightmares in children. This article presents a review of the literature on the prevalence, correlates and treatment of nightmares while highlighting key methodological issues. Studies indicate that almost half of children experience nightmares and that the presence of nightmares is related to different variables including anxiety, stress, behavioral problems and other sleep disorders. Finally, there is very little information on the treatment of nightmares in children, but promising results have been

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : antonio.zadra@umontreal.ca (A. Zadra).

¹ Professeur titulaire.

obtained with techniques based on imagery rehearsal therapy. Based on this review, future directions for research are suggested.

© 2010 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords: Bad dreams; Nightmares; Child; Anxiety; Therapy

1. Introduction

Les cauchemars sont la forme la plus courante de trouble onirique et reflètent des fluctuations physiologiques et cognitives qui peuvent apparaître en sommeil paradoxal. Caractérisés par des imageries perturbantes et des émotions intenses, ces rêves sont habituellement suivis d'un éveil, pouvant ainsi perturber la qualité du sommeil. Les thématiques des cauchemars impliquent typiquement des menaces physiques ou psychologiques. Faire des cauchemars épisodiquement est normal, mais lorsqu'ils deviennent fréquents et entraînent une certaine détresse, ils peuvent être considérés comme pathologiques.

Les études portant sur les cauchemars se sont surtout intéressées aux populations adultes. Cependant, et bien que plus rarement, certains auteurs se sont intéressés aux cauchemars des enfants. La présente recension des écrits propose de s'attarder à la prévalence, aux corrélats et aux traitements des cauchemars chez les enfants et vise à tirer des conclusions sur ces trois aspects en tenant compte de certaines difficultés inhérentes à ce champ d'étude.

La communauté scientifique ne s'entend pas sur une définition précise des cauchemars, les termes utilisés pouvant inclure cauchemars, mauvais rêves, rêves effrayants et rêves anxieux. Généralement, les cauchemars se distinguent des mauvais rêves par le réveil qu'ils entraînent (American Academy of Sleep Medicine, 2005 ; Levin et Nielsen, 2007 ; Zadra et Dondori, 2000). Ils sont donc considérés comme une forme extrême de mauvais rêves. Dans la présente recension des écrits, les travaux portant sur les mauvais rêves, les rêves anxieux et les cauchemars seront inclus afin de ne pas réduire significativement le nombre d'articles considérés, ceux-ci étant déjà relativement limités en nombre. Il est toutefois important de garder à l'esprit que ces phénomènes peuvent représenter des variations sur ce que les cliniciens et chercheurs considèrent comme étant des cauchemars et qu'ils ont peut-être un impact différentiel sur la qualité de vie de l'enfant ou encore sur la perception de l'importance du problème par le parent.

2. Prévalence

Comme en témoigne le [Tableau 1](#), les études qui se sont attardées à la prévalence des cauchemars ont obtenu des résultats variables. Afin de mieux pouvoir comparer les prévalences de cauchemars obtenues dans ces divers travaux, nous avons choisi de les regrouper selon la durée des périodes rétroactives étudiées et selon les tranches d'âge incluses.

2.1. Prévalence des cauchemars

Lorsque les enfants étudiés font partie d'un groupe d'âge comparable et que la période de temps examinée est de même durée, les diverses études rapportent des prévalences relativement équivalentes. Selon les estimés de la fréquence des cauchemars provenant de parents, la prévalence

Tableau 1
Prévalence des cauchemars parmi les enfants.

Études	<i>n</i>	Âge (ans)	Répondants	Période examinée	% ayant des cauchemars garçon (G) et fille (F)	% avec une fréquence élevée de cauchemars	Différence fille/garçon
Abdel-Khalek, 2006	6767	10 à 18	Enfants	Derniers mois	10 ans : 46 % G, 38 % F 13 ans : 53 % G, 49 % F 18 ans : 51 % G, 51 % F	10 ans : 9 % G, 12 % F 13 ans : 18 % G, 15 % F 18 ans : 6 % G, 18 % F (beaucoup et vraiment beaucoup)	Oui : vers 15 ans
Bailly et al., 2004	652	13 à 19	Enfants	5 derniers mois	57 %	6 % (souvent et pratiquement toutes les nuits)	Oui
Fisher et Wilson, 1987	1695	5 à 18	Parents	En ce moment	55 %	16 % (un par mois ou plus)	Non
Fisher et al., 1989	870	6 à 13	Parents	6 derniers mois	Entre 6 et 8,5 ans : 65 % Entre 8,5 et 11,5 ans : 72 % Plus vieux que 11,5 : 65 %	≤ 12 % (souvent et très souvent)	Oui : entre 8,5 et 11,5 ans
Hawkins et Williams, 1992	163	3 à 5	Mères	6 derniers mois	33 %	14 % (au moins un par mois)	N/A
Liu, 2004	1362	12 à 18	Enfants	Le mois passé	49 %	7 % (souvent)	Oui
Mindell et Barrett, 2002	60	5 à 11	Enfants et parents	Prévalence à vie	À vie selon les enfants : 75 % Au moment de l'étude selon les parents : 49 %	Selon les enfants : 28 % Selon les parents : 17 % (un cauchemar par mois)	Non
Muris et al., 2000	190	4 à 12	Enfants	N/A	81 %	N/A	N/A
Nielsen et al., 2000	610	13 à 16	Enfants	Dernière année	13 ans : 79 % G, 90 % F 16 ans : 73 % G, 90 % F	13 ans : 25 % G, 37 % F 16 ans : 40 % G, 20 % F (des fois et souvent)	Oui
Salzarulo et Chevalier, 1983	208	2 à 15	Parents	N/A	28 %	N/A	N/A
Smedje et al., 1998	378	5 à 6	Parents	6 derniers mois	62 %	3 % (plus que un par semaine)	N/A
Smedje et al., 1999	1844	5 et 7	Parents	6 derniers mois	62 %	3 % (plus que un par semaine)	Oui pour les cauchemars fréquents

Tableau 1 (Suite)

Études	<i>n</i>	Âge (ans)	Répondants	Période examinée	% ayant des cauchemars garçon (G) et fille (F)	% avec une fréquence élevée de cauchemars	Différence fille/garçon
Smedje et al., 2001	635	6 à 8	Parents	6 derniers mois	61 %	5,4 % (plus que un par semaine)	N/A
Schredl et al., 1996	624	10 à 16	Enfants	Prévalence à vie	62 %	11 % (plusieurs au cours de la dernière semaine)	N/A
Schredl et al., 2000	300	6,5 à 11,5	Enfants	N/A	40 %	5 % (un par semaine ou plus)	Oui
Schredl et al., 2008a	252	9 à 13	Enfants	Quelques derniers mois	54 %	N/A	oui
Schredl et al., 2008b	95	9 à 11	Enfants	Dernières semaines	61 %	19 % (un par semaine ou plus)	Non
Schredl et al., 2009a	4531	8 à 11	Enfants et parents	N/A	Selon les parents 29 % Selon les enfants 44 %	Selon les enfants 2,3 % Selon les parents 3,5 % (souvent)	Oui
Schredl et al., 2009b	808	8 et 13	Enfants et parents	N/A	Selon les enfants 8 à 11 ans : 47 % 9 à 12 ans : 37 % 10 à 13 ans : 30 % Selon les parents 8 à 11 ans : 32 % 9 à 12 ans : 26 % 10 à 13 ans : 22 %	Selon les enfants 8 à 11 ans : 3,3 % 9 à 12 ans : 1,1 % 10 à 13 ans : 0,6 % Selon les parents 8 à 11 ans : 1,3 % 9 à 12 ans : 0,9 % 10 à 13 ans : 0,4 %	Oui
Shang et al., 2006	1319	4 à 9	Parents	Derniers mois et à vie	Dans le dernier mois : 8 % À vie : 49 %	N/A	Non
Simard et al., 2008	971	0,5 à 5	Parents	N/A	70 %	N/A	Non
Simonds et Parraga, 1982	309	5 à 18	Mères	Derniers 6 mois	17 %	1,7 % (un épisode par semaine)	Non
Stein et al., 2001	472	4 à 12	Parents	Derniers 6 mois	4 à 6 ans : 38 % 7 à 10 : 43 % 11 à 12 : 22 %	6 % (plus que 1 fois par semaine)	Non
Velabueno et al., 1985	487	6 à 12	Parents	Dernière année	22 %	N/A	Oui (plus chez les garçons mais NS)

à vie pour des enfants de quatre à neuf ans est de 49 % (Shang et al., 2006). Selon les informations fournies directement par des enfants, cette prévalence serait de 75 % à 81 % entre quatre et 12 ans (Mindell et Barrett, 2002 ; Muris et al., 2000) et de 62 % entre neuf et 11 ans (Schredl et al., 1996).

Les études qui se sont arrêtées à l'incidence durant les derniers six mois chez de jeunes enfants révèlent qu'en moyenne, presque 50 % des enfants entre trois et huit ans font des cauchemars (Hawkins et Williams, 1992 ; Simonds et Parraga, 1982 ; Smedje et al., 1999 ; Stein et al., 2001), avec des pourcentages variant de 21 % (Simonds et Parraga, 1982) à 61 % (Smedje et al., 1999).

Pour les enfants un peu plus âgés, les différences d'incidence des cauchemars au cours des six derniers mois sont plus marquées. Elle passe de 15 % chez des enfants entre neuf et 11 ans (Simonds et Parraga, 1982), à 44 % chez des enfants de sept à dix ans (Stein et al., 2001) et à 72 % pour les mauvais rêves (terme plus englobant que cauchemars) chez des enfants entre huit ans et demi et 11 ans (Fisher et al., 1989). Ces différences quant à la fréquence des cauchemars restent importantes pour les groupes plus âgés. Elle serait de 23 % chez des enfants de 11 à 12 ans (Stein et al., 2001), 6 % chez les enfants de 12 à 14 ans (Simonds et Parraga, 1982) et oscille aux alentours de 67 % chez les adolescents entre 11 et 19 ans (Bailly et al., 2004 ; Fisher et al., 1989 ; Liu, 2004). Dans certaines de ces études, les parents ont été interrogés, alors que dans d'autres, ce furent les enfants ; cela pourrait expliquer une partie des différences observées. Cela dit, il est impossible de quantifier l'écart entre les mesures des cauchemars estimées par les parents et celles estimées par les enfants provenant de toutes ces études car les données sont peu comparables.

Plusieurs auteurs ont choisi de s'attarder à des périodes plus courtes, soit aux dernières semaines, au dernier mois ou encore aux quelques derniers mois précédant l'étude. Dans ces recherches, les enfants (âgés entre neuf et 18 ans selon les études) devaient remplir eux-mêmes les questionnaires sur les cauchemars, et les prévalences obtenues allaient de 30 % à 60 % (Abdel-Khalek, 2006 ; Schredl et al., 2008a, 2008b ; Schredl et al., 2009a, 2009b).

2.2. *Prévalence des cauchemars fréquents*

Les cauchemars fréquents semblent eux aussi très présents chez les enfants. Les études s'accordent sur le fait que l'on parle de cauchemars fréquents quand l'enfant a plus d'un cauchemar par mois (pour les échelles ordinales) ou alors s'il fait des cauchemars souvent ou très souvent (pour les échelles nominales). Ainsi, parmi les études recensées, les prévalences de cauchemars fréquents varient entre 6 % chez les garçons de 18 ans (Fisher et al., 1989), 44 % des enfants de dix à 12 ans (Schredl et al., 2009b) et 37 % chez les filles de 13 ans (Nielsen et al., 2000), en passant par 34 % chez des adolescents entre 12 et 18 ans (Liu, 2004). Lorsque l'enfant fait plus d'un cauchemar par semaine, on parle de cauchemars très fréquents ou chroniques. Les prévalences des cauchemars chroniques vont de 1,7 % chez des enfants de cinq à 18 ans (Simonds et Parraga, 1982), 3 % chez les enfants de cinq à sept ans (Smedje et al., 1999) jusqu'à 19 % chez des enfants de neuf à 11 ans (Schredl et al., 2008b).

2.3. *Différence de prévalence entre les filles et les garçons*

Certaines études rapportent une différence quant à la prévalence des cauchemars chez les filles par rapport à celle des garçons, les filles en rapportant davantage (Abdel-Khalek, 2006 ; Bailly et al., 2004 ; Fisher et al., 1989 ; Liu, 2004 ; Nielsen et al., 2000 ; Schredl et al., 1996 ; Schredl et al., 2000 ; Schredl et al., 2009a, 2009b). Il semble toutefois que cette différence n'apparaisse pas dès l'enfance et qu'elle ne se manifesterait que plus tard, au cours de l'adolescence (Abdel-

Khalek, 2006 ; Fisher et al., 1989). Selon Schredl et al. (1996), cette différence dans la prévalence des cauchemars disparaîtrait lorsque la fréquence de rappel de rêve est prise en considération. En revanche, dans une étude de Nielsen et al. (2000) un tel contrôle n'a pas fait disparaître la différence de genre dans la prévalence des cauchemars. Ces auteurs expliquent plutôt cette différence entre les deux sexes par le fait que les filles soient plus vulnérables face au stress et à la dépression, deux troubles associés aux cauchemars. Par ailleurs, plusieurs études ne trouvent pas de différence entre les deux sexes (Fisher et Wilson, 1987 ; Mindell et Barrett, 2002 ; Schredl et al., 2008a ; Shang et al., 2006 ; Simard et al., 2008 ; Simonds et Parraga, 1982 ; Stein et al., 2001). L'existence de cette différence chez les enfants reste donc controversée, bien qu'elle soit présente chez les adultes (Levin et Nielsen, 2007 ; Nielsen et al., 2006 ; Ohayon et al., 1997).

2.4. *Évolution de la prévalence avec l'âge*

Certaines études démontrent que les cauchemars diminuent avec l'âge, alors que pour d'autres, cette diminution n'est pas significative (Simonds et Parraga, 1982 ; Velabueno et al., 1985). Les études qui rapportent une diminution des cauchemars avec l'âge l'attribuent à divers facteurs. Cette diminution des cauchemars est parfois rapportée uniquement chez les garçons (Fisher et al., 1989 ; Nielsen et al., 2000), alors qu'ils augmenteraient chez les filles (Abdel-Khalek, 2006 ; Nielsen et al., 2000). De plus, plusieurs auteurs rapportent que la fréquence des cauchemars atteindrait son apogée entre six et dix ans (Fisher et Wilson, 1987 ; Salzarulo et Chevalier, 1983 ; Schredl et al., 2009b). La diminution des cauchemars entre l'âge de dix à 12 ans (passant de 46 % à 30 %) rapportée par Schredl et al. (2009b) vient appuyer ces derniers résultats.

2.5. *Conclusions sur la prévalence des cauchemars chez les enfants*

Bien que des différences notables aient été relevées, il demeure possible de tirer certaines conclusions en regard de la prévalence des cauchemars chez les enfants. Il semble que les cauchemars soient un phénomène courant chez les enfants, affectant environ la moitié d'entre eux. Même les cauchemars fréquents sont très répandus, touchant jusqu'à 40 % des enfants. De plus, bien que cela ne soit pas constant d'une étude à l'autre, la fréquence des cauchemars a tendance à diminuer avec l'âge. Par ailleurs, le concept d'un pic de cauchemars apparaissant à un certain moment de l'enfance demeure controversé. En effet, même si un tel sommet existait et qu'il était imputable à une véritable variation de la fréquence des cauchemars avec l'âge, il pourrait tout aussi bien être le reflet d'une plus grande facilité des enfants à exprimer leur vécu (surtout pour les mesures rapportées par les parents), suivi d'une diminution de la communication avec les parents au passage de l'adolescence. Chez les garçons, la diminution de la prévalence des cauchemars à partir d'un certain âge pourrait aussi être due à une gêne grandissante à avouer qu'ils font des cauchemars.

Enfin, si une différence entre garçons et filles existe vraiment, ce sont ces dernières qui présenteraient le plus de cauchemars ; cela ne serait cependant pas évident avant l'âge de dix à 15 ans.

3. **Corrélat des cauchemars chez les enfants**

Les études qui se sont attardées aux corrélats des cauchemars chez les enfants se sont fortement inspirées des études chez les adultes pour les guider dans le choix des variables à examiner. Elles se sont intéressées aux troubles de comportement, à l'anxiété, au stress, de même qu'aux causes

externes comme le visionnement d'émissions violentes. Ces diverses études sont résumées dans le [Tableau 2](#).

3.1. Liens entre les cauchemars et les troubles du comportement

Plusieurs études se sont intéressées aux troubles de comportement comme corrélats possibles aux cauchemars chez les enfants. La majorité de ces travaux ont utilisé le questionnaire « Child Behavior Checklist » (CBCL) ou le « Preschool Behavior Checklist » (PBC), ce qui permet de comparer les différents résultats.

Dans l'étude de [Hawkins et Williams \(1992\)](#), les enfants d'âge préscolaire qui ont des cauchemars fréquents ne se distinguaient pas des enfants qui n'en ont pas en ce qui a trait aux troubles de comportement mesurés par le PBC. Cela semble toutefois changer à partir de l'entrée à l'école. En effet, deux études portant sur des enfants âgés de quatre à 12 ans ([Stein et al., 2001](#)) et de quatre à neuf ans ([Shang et al., 2006](#)) ont toutes deux trouvé un lien significatif entre ces deux variables. Dans l'étude de [Stein et al. \(2001\)](#), plus les enfants rapportaient de parasomnie (incluant les cauchemars), plus ils obtenaient aussi des scores élevés sur une mesure de troubles de comportement (CBCL). Cette mesure comprend la timidité, les plaintes somatiques, l'anxiété et la dépression, les problèmes sociaux, les problèmes cognitifs, les problèmes d'attention, les comportements délinquants et les comportements agressifs. Toutefois, même si toutes les variables du CBCL corrélaient avec les parasomnies, une régression multiple a montré que les parasomnies sont principalement prédites par les trois variables suivantes : anxiété et dépression, les problèmes de la pensée et les problèmes sociaux. Des résultats semblables ont été rapportés par [Shang et al. \(2006\)](#). Dans cette étude, toutes les variables du CBCL permettaient de distinguer les enfants qui ont eu des cauchemars au cours des quelques derniers mois des enfants qui n'en ont pas eu. Dans leur modèle de régression logistique seules les variables d'anxiété et de dépression prédisaient significativement la présence de cauchemars au cours des derniers mois.

[Schredl et al. \(2009b\)](#) a quant à lui trouvé une relation significative entre la fréquence des cauchemars, telle que mesurée par les parents et autorapportée par les enfants, et les problèmes de conduite, l'hyperactivité et l'inattention. Le lien le plus fort était celui entre les cauchemars et les troubles émotionnels. La fréquence des cauchemars autorapportée par les enfants, mais pas celle mesurée par les parents, était aussi liée aux problèmes avec les pairs. Dans une étude antérieure, [Schredl et al. \(2000\)](#) avait aussi trouvé que les cauchemars étaient associés aux difficultés scolaires.

[Smedje et al. \(2001\)](#) ont quant à eux montré un lien entre les cauchemars et les problèmes au niveau des comportements prosociaux. Ils ont aussi trouvé que les enfants ayant un score global de difficultés plus élevé (comprenant l'hyperactivité, les symptômes émotionnels, les problèmes de conduite et les problèmes avec les pairs) étaient plus nombreux à avoir des cauchemars.

[Fisher et Wilson \(1987\)](#) ont pour leur part mis en évidence un lien entre les cauchemars et les problèmes d'attention, ainsi qu'avec le degré d'activité physique, l'excitabilité émotionnelle et le fait d'être facilement heurté émotionnellement. Cependant, les tailles d'effets étaient extrêmement faibles et aucune des variables du modèle final ne parvient à prédire plus de 3,3 % de la variance des cauchemars.

3.2. Liens entre les cauchemars et l'anxiété

En plus des études présentées ci-dessus pour lesquelles l'anxiété était incluse dans les troubles de comportement ([Shang et al., 2006](#)), plusieurs autres études se sont attardées de manière plus

Tableau 2

Corrélatés des cauchemars chez les enfants.

Études	<i>n</i>	Âge (ans)	Répondants	Variables examinées	Variables significativement reliés aux cauchemars
Fisher et Wilson, 1987	1695	5 à 18	Parents	Somnambulisme, somniloquie, énurésie, performances académiques, degré d'activité physique, problèmes d'attention, excitabilité émotionnelle, le fait d'être heurté émotionnellement facilement	Somnambulisme, degré d'activité physique, problèmes d'attention, l'excitabilité émotionnelle, le fait d'être heurté émotionnellement facilement
Hawkins et Williams, 1992	163	3 à 5	Mères	Comportements relatifs au sommeil, troubles de comportement, événements de vie	Somniloquie, ronflement, terreurs nocturnes, être effrayé d'aller se coucher, insister sur les rituels de mise au lit, partage de la chambre avec un autre enfant
Liu, 2004	1052	12 à 18	Enfants	Pensées suicidaires et tentatives de suicide	Pensées suicidaires et tentatives de suicide
Mindell et Barrett, 2002	60	5 à 11	Enfants et parents	Anxiété de trait, détresse causée par les cauchemars	Mesures parentales Anxiété avec la présence de cauchemars Mesures par l'enfant Fréquence des cauchemars et anxiété Détresse associée aux cauchemars et anxiété
Nielsen et al., 2000	610	13 à 16	Enfants	Anxiété de séparation, trouble d'hyper-anxiété, anxiété généralisée	Différence entre les jeunes qui se rappellent fréquemment de leurs cauchemars et les autres Sur les trois types d'anxiété à 16 ans (pour les mesures prises par les enfants eux-mêmes) et sur l'anxiété généralisée (mesure prise par la mère)

Tableau 2 *Suite*

Études	<i>n</i>	Âge (ans)	Répondants	Variables examinées	Variables significativement reliés aux cauchemars
Salzarulo et Chevalier, 1983	208	2 à 15	Familles	Troubles du cycle éveil sommeil	Aucune
Schredl et al., 1996	624	10 à 16	Enfants	Anxiété de trait	Anxiété de trait
Schredl et al., 2000	300	6,5 à 11,5	Parents	Événements stressants, traits de personnalité, difficultés scolaires, autres troubles de sommeil	Divorce des parents, difficultés scolaires, le fait d'être sérieux et taciturne, les réveils nocturnes, terreurs nocturnes, somnambulisme
Schredl et al., 2008a	252	9 à 13	Enfants	Visionnement de la télé, jeux d'ordinateur, séries télévisées policières ou criminelles, lecture	Temps passé à la lecture
Schredl et al., 2008b	95	9 à 11	Enfants	Stress scolaire, stress social, autres sortes de stressseurs : déménagement, maladie chronique, mort d'une personne proche, maladie chronique d'une personne proche	Stress sociale, la mort d'une personne proche et maladie chronique chez une personne proche
Schredl et al., 2009a	4531	8 à 11	Enfants et parents	Cauchemars l'année précédente, problèmes de conduites, hyperactivité et inattention, symptômes émotionnels, problèmes avec les pairs et prosocialité	Cauchemars l'année précédente, problèmes de conduite, hyperactivité et inattention, symptômes émotionnels, problèmes avec les pairs (seulement avec la fréquence des cauchemars telle que mesurée par l'enfant)
Schredl et al., 2009b	851	8 à 13	Enfants et parents	Problèmes de sommeil, cauchemars l'année précédente, problèmes de conduites, hyperactivité et inattention, symptômes émotionnels, problèmes avec les pairs et prosocialité	Problèmes de sommeil et autre parasomnies telles que le somnambulisme et les terreurs nocturnes, problèmes de conduite, hyperactivité et inattention, symptômes émotionnels, problèmes avec les pairs

Tableau 2 (*Suite*)

Études	<i>n</i>	Âge (ans)	Répondants	Variables examinées	Variables significativement reliés aux cauchemars
Shang et al., 2006	1319	4 à 9	Parents	Facteurs périnataux, détresse mentale des parents, problème de comportements des enfants, autres problèmes de sommeil	Facteurs périnataux (médication non prescrite, saignement vaginaux) Détresse mentale des parents Troubles du comportement externalisés et internalisés, problèmes de sommeil Insomnie, éveil tardif, éveils nocturnes, somniloquie, somnambulisme, terreurs nocturnes, énurésie, bruxisme, ronflement
Simard et al., 2008	971	0,5 à 5	Parents	Pratiques parentales permettant de dormir, tempérament de l'enfant, anxiété de séparation, perturbations émotionnelles, anxiété, insomnie, agitation, demander de l'attention et pleurer, difficulté à se calmer	5 mois : tempérament difficile et pleure plus 5 et 17 mois : agitation 17 mois : perturbation émotionnelle, anxiété, plus difficile à calmer
Simonds et Parraga, 1982	309	5 à 18	Mères	Problèmes médicaux chroniques	Aucune
Smedje et al., 1999	1844	5 à 7	Parents	Autres problèmes de sommeil	Problèmes graves de santé ou handicaps, consultations précédentes pour des troubles de sommeil, signalement de problèmes de sommeil en liens avec des événements de vie, sommeil agité, réveils nocturne, terreurs nocturne, latence au sommeil prolongée, résistance au couché, déficience du sommeil de plus d'une heure, anxiété au couché et difficulté à s'endormir

Tableau 2 (Suite)

Études	<i>n</i>	Âge (ans)	Répondants	Variables examinées	Variables significativement reliés aux cauchemars
Smedje et al., 2001	635	6 à 8	Parents	Hyperactivité, symptômes émotionnels, problèmes de conduite, problèmes avec les pairs, difficultés au niveau des comportements prosociaux, et les difficultés totales (comprends toutes les difficultés mentionnées précédemment sauf difficulté au niveau des comportements prosociaux)	Les difficultés prosociales et le score total de difficultés
Stein et al., 2001	472	4 à 12	Parents	Cauchemars englobés dans une variable de parasomnie : histoire médicale, comportement relatif au sommeil, troubles de comportement	Chutes fréquentes, maladie de pica, médication, problème de sommeil avant 2 ans, trouble de comportement externalisé et internalisé

précise au lien entre l'anxiété et les cauchemars. C'est le cas, entre autres, de l'étude de [Nielsen et al. \(2000\)](#), qui s'est intéressée à l'anxiété en général ainsi qu'à des types précis d'anxiété chez les jeunes entre 13 et 16 ans. Dans cette étude, pour les jeunes âgés de 13 ans, le score d'anxiété côté par la mère a permis de distinguer les enfants qui avaient des cauchemars fréquemment des autres enfants. À 16 ans, l'anxiété de séparation, le trouble d'hyperanxiété et l'anxiété généralisée autorapportée par l'enfant ainsi que le trouble d'hyper anxiété côté par la mère différenciaient ces deux groupes. Cette relation entre la fréquence des cauchemars et l'anxiété de trait a aussi été confirmée par les résultats de [Schredl et al. \(1996\)](#), même si cette étude considérait la fréquence des « mauvais rêves », terme plus englobant.

Les résultats obtenus lors d'une étude longitudinale de [Simard et al. \(2008\)](#) vont dans le même sens que ceux des études précédentes quant au lien entre la fréquence des cauchemars et l'anxiété. Les résultats de cette étude suggéraient que les enfants entre cinq mois et cinq ans, qui tendent à avoir des cauchemars de manière stable, ont ou avaient des tempéraments plus difficiles dès l'âge de cinq mois. À 17 mois, ces enfants sont plus troublés émotionnellement et sont plus anxieux que les enfants qui ne faisaient pas de cauchemars.

D'autres études ont rapporté une relation entre cauchemars et anxiété chez les enfants, mais une relation relativement complexe et qui diffère selon que l'on se place du point de vue des parents ou de l'enfant. [Mindell et Barrett \(2002\)](#) n'ont pas trouvé de différence dans le niveau d'anxiété de trait entre les enfants qui rapportaient avoir des cauchemars et ceux qui n'en rapportaient pas.

En revanche, il y avait une différence entre les enfants dont les parents rapportaient qu'ils avaient des cauchemars et ceux dont les parents ne rapportaient rien de la sorte. Toutefois, cette différence entre les mesures prises par les enfants et celles prises par les parents n'a pas été retrouvée pour d'autres mesures d'ajustement psychosocial (Schredl et al., 2009b).

3.3. *Liens entre les cauchemars et le stress*

Étant donné l'association entre l'anxiété et les cauchemars, on pourrait s'attendre à ce que le stress ou des événements stressants soient reliés aux cauchemars ; il semble cependant que cette relation ne soit pas si claire. Parmi les enfants d'âge préscolaire, les événements de vie stressants ne permettaient pas de distinguer ceux souffrant de cauchemars fréquents de ceux qui n'ont pas (Hawkins et Williams, 1992). En revanche, la formulation de l'étude ne permet pas de vérifier les effets du stress qui agirait après un certain délai.

Parmi les enfants d'âge scolaire ayant eux-mêmes rempli les questionnaires relatifs aux cauchemars et au stress, le stress social (par exemple, être exclus d'un groupe, séparation des parents, se disputer avec ses amis ou ses frères et sœurs) serait relié à la fréquence des cauchemars, mais pas le stress scolaire (par exemple, avoir de mauvaises notes, faire ses devoirs, être appelé en avant dans la classe) (Schredl et al., 2008b). Les facteurs stressants ponctuels, tels que la mort ou la maladie d'un proche, sont liés à la fréquence des cauchemars (Schredl et al., 2008b). Dans une autre étude de Schredl et al. (2000), les événements de vie étaient encore une fois liés aux cauchemars, particulièrement le divorce des parents, mais les corrélations étaient faibles.

3.4. *Liens entre les cauchemars et les traumatismes*

Chez les adultes, les cauchemars sont fortement associés au trouble de stress post-traumatique (Levin et Nielsen, 2007 ; Phelps et al., 2008 ; Wittman et al., 2007). Les cauchemars surviennent souvent à la suite d'un traumatisme et il a été montré que les gens qui souffraient de cauchemars avant le traumatisme vivront un stress post-traumatique plus important. Chez les enfants, cette forte association entre le stress post-traumatique et les cauchemars semble aussi exister. En effet, dans une étude s'étant intéressée à 15 enfants ayant vécu un traumatisme majeur, 100 % d'entre eux ont eu des rêves répétitifs de l'événement, même six mois après l'événement (Mghaieth et al., 2007).

Certains auteurs ont avancé que le rêve jouerait un rôle très important dans le traitement émotionnel et cognitif des expériences traumatiques (Punamaki, 1999 ; Punamaki et al., 2005 ; Valli et al., 2005, 2006). Dans ce groupe d'études s'intéressant aux enfants ayant vécu des traumatismes reliés à la guerre, on a remarqué que la fréquence des rêves tendait à augmenter après l'exposition aux traumatismes (Punamaki et al., 2005 ; Valli et al., 2005). Ces rêves contiendraient plus de menaces, les menaces seraient plus sévères et auraient des conséquences plus importantes que dans les rêves d'enfants qui n'ont pas été traumatisés (Punamaki et al., 2005 ; Valli et al., 2005, 2006). De plus, les rêves des enfants ayant vécu un traumatisme se distinguent de ceux des autres enfants par leur atmosphère désagréable, leur niveau élevé de sentiments négatifs, d'hostilité et d'anxiété (Punamaki et al., 2005).

3.5. *Liens entre les cauchemars et les problèmes de santé mentale de la mère*

Plusieurs études sur les troubles de sommeil ont évalué le lien possible entre un attachement à la mère déficient ou une maladie mentale chez la mère, et les problèmes de sommeil chez l'enfant

(Benoit et al., 1992 ; Scher, 2001 ; Scher et Asher, 2004 ; Touchette et al., 2007). Toutefois, peu d'entre elles se sont intéressées spécifiquement aux cauchemars. L'étude de Shang et al. (2006) fait exception ; dans cette dernière, les enfants dont les mères avaient des scores extrêmes sur une échelle détectant les psychopathologies, construite pour détecter les personnes avec des troubles psychiatriques mineurs (tels l'anxiété, la dépression, les difficultés interpersonnelles, les préoccupations d'ordres somatiques et les problèmes de sommeil) étaient plus nombreux à avoir eu des cauchemars durant le dernier mois et au cours de leur vie.

Une relation un peu plus distale a aussi été démontrée entre les facteurs périnataux, tels que la prise de médicaments non prescrits et des saignements vaginaux durant la grossesse et le fait que les enfants aient des cauchemars au moment de l'étude (Shang et al., 2006).

3.6. *Liens entre les cauchemars et le suicide*

Liu (2004) s'est intéressé au lien entre les cauchemars et les tentatives de suicide chez les adolescents chinois. Cette étude a montré que les adolescents ayant eu des cauchemars fréquents au cours du dernier mois avaient un risque accru d'avoir des pensées suicidaires et de faire des tentatives de suicide. Plus précisément, les adolescents qui rapportaient avoir eu des cauchemars parfois ou souvent durant le dernier mois ont eu deux à trois fois plus de risques de rapporter des idées suicidaires que ceux qui rapportaient faire des cauchemars rarement. Les adolescents qui ont eu des cauchemars souvent au cours du dernier mois étaient 3 fois plus à risque de faire une tentative de suicide que ceux qui disaient n'avoir que rarement des cauchemars. Ces deux relations demeuraient significatives même après que les résultats aient été ajustés en fonction des symptômes dépressifs et des variables démographiques.

3.7. *Liens entre les cauchemars et les autres troubles du sommeil*

Parmi les divers corrélats examinés, les autres problèmes de sommeil semblent être ceux dont le lien avec les cauchemars est le plus robuste et le plus stable. En effet, la plupart des études ayant examiné le lien entre les cauchemars et les autres troubles du sommeil ont trouvé des corrélations significatives (Tableau 2). Le somnambulisme apparaît relié aux cauchemars dans toutes les études qui s'y sont attardées (Fisher et Wilson, 1987 ; Hawkins et Williams, 1992 ; Schredl et al., 2000, 2009a ; Shang et al., 2006). De plus, les enfants qui font des cauchemars semblent aussi avoir plus de terreurs nocturnes (Hawkins et Williams, 1992 ; Schredl et al., 2000, 2009a ; Smedje et al., 2001). Il est toutefois important de mentionner qu'il y a un risque de confusion entre ces deux troubles, ce qui fait que ce lien reste donc à vérifier.

Les enfants qui font des cauchemars ont aussi plus de risques de ronfler, de souffrir de somnolence, d'être effrayés à l'idée d'aller se coucher, d'insister sur les rituels du coucher, de se réveiller durant la nuit, de souffrir d'énurésie, de bruxisme et de partager une chambre avec d'autres enfants (Hawkins et Williams, 1992 ; Smedje et al., 2001 ; Schredl et al., 1996, 2000).

3.8. *Liens entre les cauchemars, le visionnement télévisuel, les émissions violentes et les jeux électroniques*

Une étude récente de Schredl et al. (2008a) s'est intéressée au lien entre les cauchemars et le visionnement de la télévision, d'émissions violentes, de jeux électroniques et le temps alloué à la lecture. Le fait de regarder la télévision, des jeux vidéo ou des émissions violentes, ne corrélait pas avec la présence de cauchemars, même si les parents tendaient intuitivement à associer les

cauchemars de leurs enfants avec les événements de la journée (tels que les films effrayants, Fisher et Wilson, 1987).

3.9. *Liens entre la détresse liée aux cauchemars et l'anxiété*

Ce n'est que récemment que l'on a commencé à s'intéresser à la détresse liée aux cauchemars, détresse référant ici à l'impact que peuvent avoir les cauchemars sur le rêveur au réveil. Chez les adultes, la détresse liée aux cauchemars est plus fortement liée à des troubles tels que l'anxiété et la dépression que la fréquence des cauchemars (Belicki, 1992 ; Blagrove et al., 2004 ; Levin et Nielsen, 2007). Une seule étude s'est intéressée à la détresse liée aux cauchemars chez les enfants. Elle a montré que chez des enfants âgés entre 5 et 11 ans et qui répondaient eux-mêmes aux questionnaires, la détresse liée aux cauchemars était corrélée à l'anxiété de trait (Mindell et Barrett, 2002). Les mesures prises par les parents démontraient également une telle tendance, bien que les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

3.10. *Conclusion sur les corrélats*

Parmi tous les corrélats examinés dans les différentes études, certains apparaissent liés de manière stable aux cauchemars. Ainsi, les enfants qui font des cauchemars sont plus anxieux que les enfants qui n'en font pas, et cela dès le plus jeune âge. Par ailleurs, les cauchemars fréquents sont liés aux tentatives de suicide et cela même lorsque l'effet de la dépression est pris en considération. Toutefois, les liens entre les cauchemars et les événements stressants semblent plus ténus, et ce lien entre événements de vie et cauchemars est présent seulement quand l'enfant est le répondant. Ce qui importe semble donc être davantage la façon dont le jeune vit l'événement stressant que la présence de l'événement en tant que tel, sauf quand il s'agit d'un événement traumatique majeur qui cause un stress post-traumatique ; dans ce cas, les rêves peuvent avoir une fonction de traitement émotionnel et cognitif de l'événement et dans la plupart des cas, des rêves répétitifs de l'événement suivent le traumatisme. Il est important de garder à l'esprit qu'il s'agit de corrélations et qu'il est donc difficile de dire si les enfants font des cauchemars parce qu'ils sont anxieux ou si, à l'inverse, le fait de faire des cauchemars les rend plus anxieux.

Le corrélat des cauchemars que l'on retrouve de façon la plus constante à travers les études est la présence d'autres troubles de sommeil. Il est dès lors plausible de présager que ces différents troubles de sommeil pourraient avoir une étiologie commune qu'elle soit de l'ordre de la génétique, de la personnalité ou encore qu'ils soient causés par des événements externes semblables. De plus, les cauchemars semblent être une problématique stable dans le temps (Schredl et al., 2009b ; Simard et al., 2008), ce qui semble aussi être le cas pour les problèmes de sommeil de manière générale (Stein et al., 2001).

Bien qu'une seule étude ait fait le lien entre l'anxiété et la détresse liées aux cauchemars (Mindell et Barrett, 2002), les résultats qui en découlent s'accordent avec ceux provenant d'études chez les adultes qui montrent que cette détresse est plus fortement liée à différentes psychopathologies que la fréquence même des cauchemars.

4. **Traitements des cauchemars chez les enfants**

Il existe très peu d'études sur le traitement des cauchemars chez les enfants. Pourtant, il s'avère que les cauchemars fréquents chez les adultes ont souvent commencé à l'enfance ou l'adolescence (Kales et al., 1980 ; Sandoval et al., 1997). D'ailleurs, dans une étude sur le traitement d'enfants

âgés de neuf à 11 ans souffrant de cauchemars fréquents, la majorité des enfants (65 %) et des parents (80 %) estimaient que les cauchemars avaient commencé entre l'âge trois et six ans (St-Onge et De Koninck, 2009).

Les traitements visent généralement les cauchemars ou les mauvais rêves fréquents qui causent une certaine détresse chez l'enfant. Plusieurs études de cas utilisant des traitements avec désensibilisation systématique, répétition de l'imagerie mentale ou de la relaxation induite par hypnose ont donné des résultats intéressants (Handler, 1972 ; Maurer et Schaefer, 1998 ; Roberts et Gordon, 1979). Toutefois, il demeure difficile de généraliser les résultats d'études de cas et de statuer sur l'efficacité des traitements.

4.1. *Études systématiques sur les traitements*

Il ressort des études cliniques et empiriques que la voie la plus prometteuse pour traiter les cauchemars soit les thérapies par répétition de l'imagerie mentale, inspirées des traitements pour adultes (Krakow et Zadra, 2006), mais adaptées aux enfants. Ce sont des approches de type cognitivocomportemental, qui considèrent le cauchemar comme un mélange de comportements d'évitement et de cognition. L'éveil que provoque le cauchemar est vu comme un comportement d'évitement qui renforce l'idée que le réveil est la seule façon d'échapper aux émotions négatives dues aux cauchemars (St-Onge et De Koninck, 2009). Le traitement par répétition de l'imagerie mentale permet de redonner le pouvoir au patient par le biais d'une modification qu'il effectue sur son cauchemar. La personne souffrant de cauchemars doit modifier le contenu de son cauchemar de la façon dont elle le souhaite et doit réviser mentalement ce nouveau rêve plusieurs fois dans son imaginaire, à des moments bien précis de la journée ou de la semaine.

Deux études récentes se sont intéressées à cette forme de traitement adaptée aux enfants et ont permis de tirer des conclusions intéressantes. La première (St-Onge et De Koninck, 2009) a examiné l'efficacité du traitement par répétition de l'imagerie mentale chez des enfants de neuf et 11 ans souffrant de cauchemars chroniques en incluant un groupe témoin. La fréquence des cauchemars a diminué significativement dans le groupe traité. Les participants étaient encouragés à continuer le traitement en cas de cauchemars après l'étude. Neuf mois après le traitement, l'effet positif du traitement sur la fréquence des cauchemars était encore présent. Le groupe témoin a reçu le traitement après que le premier groupe l'eut complété et des améliorations similaires ont été notées.

Dans une autre étude (Simard et Nielsen, sous presse) comportant un groupe témoin et un groupe expérimental, un traitement semblable (mais où la modification du cauchemar se faisait par le dessin plutôt que par la pensée) a été offert à 17 enfants âgés de six à 11 ans. Il en ressort que le simple fait d'être inclus dans le protocole de recherche a un effet positif sur l'anxiété manifeste, la fréquence des cauchemars et la détresse liée aux cauchemars, et ce, avant même que tout traitement ait été commencé. Le traitement en tant que tel a permis de diminuer de façon encore plus marquée la détresse liée aux cauchemars et l'anxiété manifeste, mais pas la fréquence des cauchemars. Comme la fréquence de cauchemars des participants était relativement peu élevée au début de cette étude, ce résultat est peut-être dû en partie à un effet plancher.

Cette technique de répétition par l'imagerie a également été utilisée avec succès auprès d'un groupe d'adolescentes âgées entre 13 et 18 ans, qui souffraient de cauchemars à la suite d'abus sexuels (Krakow et al., 2001). Le traitement a réduit significativement le nombre de cauchemars et la détresse associée aux cauchemars.

4.2. Conclusion sur les traitements des cauchemars chez les enfants

Le peu d'études systématiques sur les traitements par répétition de l'imagerie mentale ont démontré que des traitements brefs nécessitant une intervention relativement simple ont des effets bénéfiques sur les cauchemars chez les enfants. Il est possible en revanche que le simple fait de faire partie d'une étude ait un effet thérapeutique, mais il demeure difficile de se prononcer sur la contribution des facteurs potentiellement thérapeutiques (par exemple, cadre sécurisant, espoir de « guérison », sentiment d'être pris en charge, rapporter ses rêves dysphoriques) dans la réduction de la fréquence des cauchemars observée.

5. Discussion des problèmes méthodologiques

Plusieurs problèmes méthodologiques rendent difficile la comparaison des résultats rapportés par les diverses études. Les trois principaux problèmes touchent la définition du terme cauchemar, la nature des questionnaires employés, ainsi que le choix d'utiliser les parents versus les enfants eux-mêmes en tant que répondants.

Tandis que certains chercheurs définissent clairement le terme cauchemar dans leur étude, d'autres ne le font pas, laissant au répondant le soin d'interpréter comme il l'entend le terme « cauchemar ». Cela peut donc mener à une confusion entre les cauchemars et d'autres phénomènes tels que les mauvais rêves et les terreurs nocturnes. Contrairement aux cauchemars, les mauvais rêves n'engendrent pas directement de réveil et leur prévalence est beaucoup plus élevée dans la population générale (Levin et Nielsen, 2007 ; Zadra et Donderi, 2000). Pour leur part, les terreurs nocturnes sont considérées comme un trouble de l'éveil associé au sommeil lent profond et elles ont une physiopathologie bien distincte des cauchemars (American Academy of Sleep Medicine, 2005 ; Stores, 2007 ; Velabueno et al., 1985). Comme les cauchemars, les terreurs nocturnes causent le réveil, mais elles sont caractérisées par une extrême anxiété à la suite du réveil, des vocalisations, une forte activation des fonctions autonomes ainsi que des mouvements corporels. De plus, contrairement aux cauchemars, elles se produisent durant le premier tiers de la nuit (proportion plus élevée de sommeil lent profond) et non dans le dernier tiers de la nuit (proportion plus élevée de sommeil paradoxal), et ne sont pas accompagnées d'un souvenir onirique élaboré.

Un autre problème méthodologique concerne le choix des questionnaires. En effet, même quand les études utilisent le même terme ou encore la même définition du cauchemar, elles emploient presque toutes des questionnaires différents. Il n'existe pas de questionnaire standardisé pour évaluer les cauchemars chez les enfants. Certains chercheurs décident donc d'adapter des questionnaires créés pour les adultes, alors que d'autres créent eux-mêmes des instruments pour les fins de leur recherche. Certaines études utilisent des questionnaires qui présentent des illustrations pour définir les termes (Muris et al., 2000) ou encore un animal fictif qui explique les termes aux enfants (Schredl et al., 2008b). De plus, rares sont les études qui présentent les qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés ; il est donc difficile de savoir si les différences entre les études peuvent être attribuées à des problèmes de validité ou de fidélité.

Enfin, les questionnaires varient quant aux ancrs utilisées pour évaluer la fréquence des cauchemars. Certaines études ont adopté des ancrs ordinales telles que « un par an » ou « un ou plus d'un par semaine ». D'autres travaillent avec des ancrs nominales telles que « souvent » ou « rarement », ce qui laisse plus de place à l'interprétation de la part du sujet. Qui plus est, des tests paramétriques sont parfois utilisés de façon inappropriée pour analyser des données obtenues avec des ancrs ordinales ou nominales (Levin et Nielsen, 2007).

Ces différences quant au choix du questionnaire sont intimement liées à la question du choix des répondants. Certaines études choisissent d'interroger les parents, alors que d'autres choisissent d'interroger les enfants eux-mêmes. Il est difficile de statuer sur ce qui est préférable. D'une part, il n'est pas facile d'interroger les très jeunes enfants directement. D'autre part, il faut tout de même prendre en compte, lors de l'analyse des résultats, que les parents ne sont pas forcément au courant de ce que vit l'enfant avec précision. Par exemple, comment un parent peut-il être au courant des mauvais rêves de l'enfant (étant donné qu'ils n'engendrent pas de réveil) ? Ainsi, il semble qu'il soit justifié d'interroger les parents jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge où il aura acquis les capacités cognitives qui lui permettront de répondre à la question, ainsi que les capacités mnésiques pour se souvenir rétrospectivement de la fréquence de ses cauchemars. Il faut toutefois prendre en considération que la mesure pourrait être biaisée par la qualité de la relation parent-enfant (par exemple, l'enfant parle beaucoup de ses problèmes à ses parents) tant qu'il ne répondra pas lui-même aux questionnaires. Lorsque l'enfant dépasse l'âge de dix ans, il importe de l'interroger directement, avec un questionnaire simple et adapté à son niveau de compréhension. Certaines études ont décidé d'interroger les parents pour des enfants âgés de 15 ans (Salzarulo et Chevalier, 1983), voire même de 18 ans (Fisher et Wilson, 1987), ce qui apparaît inapproprié.

Mindell et Barrett (2002) ont choisi d'interroger à la fois les parents et les enfants âgés entre cinq et 11 ans, ce qui permet de tirer des conclusions intéressantes. Dans cette étude, on remarque que les parents sous-estiment la prévalence des cauchemars de leur enfant non seulement lorsqu'elle est faible (un cauchemar aux six mois) mais aussi lorsqu'elle est élevée (un par mois), ou encore très élevée (un par semaine ou plus). Les résultats d'une étude récente (Schredl et al., 2009a) menée auprès d'enfants âgés de huit à 11 ans et leurs parents viennent appuyés ce constat. Par ailleurs, il est possible que l'expérience psychologique du cauchemar, étant relativement négative et marquante, puisse donner lieu à une surestimation de la part des enfants.

Dans certaines études, la fréquence des cauchemars cotée par les enfants n'est pas corrélée avec celle cotée par les parents ; il y a toutefois une corrélation entre l'évaluation de la détresse associée aux cauchemars faite par les parents et celle faite par les enfants (Mindell et Barrett, 2002). Dans d'autres études, la fréquence des cauchemars estimée par les parents et celle estimée par les enfants sont statistiquement différentes, bien que fortement corrélées (Schredl et al., 2009a). Cette constatation ne s'applique toutefois pas à l'étude de Simard et Nielsen (sous presse) portant sur un traitement pour les cauchemars, les enfants et les parents arrivant à la même estimation de la fréquence des cauchemars lors de la mesure de suivi. Peut-être qu'en raison de l'application d'un traitement, les parents ont été plus à l'écoute des enfants et donc plus au courant de la fréquence réelle des cauchemars.

Finalement, la période rétrospective de temps sur laquelle on demande au répondant d'évaluer la présence de cauchemars varie grandement d'étude en étude, allant de quelques semaines à un an. Les enfants ont probablement plus de facilité à se souvenir de ce qui s'est passé au cours des dernières semaines que de ce qui s'est passé au cours de la dernière année. Il faut aussi noter que les comparaisons des prévalences en fonction de l'âge sont compliquées par le fait que les enfants sont divisés en tranches d'âge selon des critères très variables.

6. Conclusion

Malgré certains problèmes méthodologiques et le peu d'études sur les cauchemars chez les enfants il est possible de tracer un portrait global de la question. Le premier constat est que les cauchemars touchent environ la moitié des enfants (Tableau 1). Les cauchemars semblent diminuer avec l'âge et certains résultats suggèrent l'existence d'un sommet vers l'âge de dix ans.

La différence de genre retrouvée chez les adultes, c'est-à-dire celle montrant que les femmes feraient plus de cauchemars que les hommes, n'apparaîtrait qu'entre l'âge de 10 et 15 ans.

Deux corrélats des cauchemars ressortent de manière constante dans la présente recension, notamment des mesures d'anxiété et les autres troubles de sommeil. L'association entre les cauchemars et le stress ou les événements de vie stressants est plus controversée. Il est intéressant de noter qu'à l'inverse de ce que les parents pourraient croire, les cauchemars sont plus liés à des phénomènes internes (anxiété, stress, troubles de comportement) qu'à des événements externes, comme le fait de regarder des émissions violentes. La direction de cette relation est toutefois inconnue.

Au niveau du stress post-traumatique, il est possible que le rêve en général ait un rôle important dans la mentalisation de l'événement traumatique et qu'il pourrait même avoir un rôle de protection. Toutefois, peu d'études se sont attardées aux rêves associés au stress post-traumatique chez l'enfant et encore moins spécifiquement aux cauchemars.

Enfin, les cauchemars chez les enfants représentent une problématique assez stable dans le temps (Schredl et al., 2009b ; Simard et al., 2008). Cette stabilité est peut-être attribuable à l'effet de la génétique sur les cauchemars. En effet, Hublin et al. (1999) ont montré dans une étude sur une population de jumeaux que l'influence génétique est responsable de 45 % de la variance des cauchemars chez les enfants (mesurée de manière rétrospective auprès d'adultes). Cet effet, et celui de l'environnement semblent être très stables car il y a une forte corrélation entre l'effet génétique durant l'enfance et celui durant l'âge adulte, de même pour l'effet environnemental.

Dans les recherches futures, il paraît essentiel de s'attarder aux différents problèmes méthodologiques abordés dans le cadre de cette recension. Les recherches les plus récentes tendent à s'accorder autour du critère de réveil dans la définition du terme cauchemar, mais différentes définitions subsistent. Il est aussi important d'accroître l'intérêt porté envers le concept de détresse liée aux cauchemars. En effet, dans les études chez les adultes, cette variable donne des résultats très prometteurs au niveau clinique. Comparativement à des mesures de fréquence de cauchemar, la détresse liée aux cauchemars entraîne des corrélations beaucoup plus fortes avec des mesures de psychopathologie telles la dépression et l'anxiété.

Bien que certaines formes de traitement des cauchemars apparaissent prometteuses, il faudra arriver par l'entremise d'études futures, à démanteler les divers aspects du traitement afin de mieux comprendre leur potentiel thérapeutique.

Enfin, il ressort aussi de cette recension un besoin crucial d'études longitudinales afin de tracer un meilleur portrait de l'évolution des cauchemars et de leurs corrélats au cours de la vie. Comme les cauchemars touchent un grand nombre d'enfants et qu'ils sont liés à plusieurs problématiques, tant psychologiques que comportementales, il apparaît important de continuer à investiguer ce phénomène afin de mieux le comprendre et mieux aider les enfants qui en souffrent.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- Abdel-Khalek, A.M., 2006. Nightmares: prevalence, age and gender differences among kuwaiti children and adolescents. *Sleep and hypnosis* 8, 33–40.
- American Academy of Sleep Medicine (2005). *ICSD-II. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. 2nd ed. Chicago: AASM.

- Bailly, D., Bailly-Lambin, I., Querleu, D., Beuscart, R., Collinet, C., 2004. Sleep in adolescents and its disorders A survey in schools. *Encephale – revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique* 30, 352–359.
- Belicki, K., 1992. Nightmare frequency versus nightmare distress: Relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of abnormal psychology* 101, 592–597.
- Benoit, D., Zeanah, C.H., Boucher, C., Minde, K.K., 1992. Sleep disorders in early-childhood – Association with insecure maternal attachment. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 31, 86–93.
- Blagrove, M., Farmer, L., Williams, E., 2004. The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of sleep research* 13, 129–136.
- Fisher, B.E., Pauley, C., McGuire, K., 1989. Children's sleep behavior scale – Normative data on 870 children in grade-1 to grade-6. *Perceptual and motor skills* 68, 227–236.
- Fisher, B.E., Wilson, A.E., 1987. Selected sleep disturbances in school children reported by parents - Prevalence, interrelationships, behavioral-correlates and parental attributions. *Perceptual and motor skills* 64, 1147–1157.
- Handler, L., 1972. The amelioration of nightmares in children. *Psychotherapy theory, research and practice* 9, 54–56.
- Hawkins, C., Williams, T.I., 1992. Nightmares. Life events and behaviour problems in preschool-children. *Child care health and development* 18, 117–128.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M., Koskenvuo, M., 1999. Nightmares: Familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American journal of medical genetics* 88, 329–336.
- Kales, A., Soldatos, C.R., Caldwell, A.B., Charney, D.S., Kales, J.D., Markel, D., et al., 1980. Nightmares: clinical characteristics and personality patterns. *American journal of psychiatry* 137, 1197–1201.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C., et al., 2001. Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of adolescent health* 29, 94–100.
- Krakow, B., Zadra, A., 2006. Clinical management of chronic nightmares: Imagery Rehearsal Therapy. *Behavioral sleep medicine* 4, 45–70.
- Levin, R., Nielsen, T.A., 2007. Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological bulletin* 133, 482–528.
- Liu, X., 2004. Sleep and Adolescent Suicidal Behavior. *Sleep* 27, 1351–1358.
- Maurer, K.E., Schaefer, C.E., 1998. Assessment and treatment of children's nightmares: A review. *Psychology* 35, 30–36.
- Mghaieth, S., Othman, S., Bouden, A., Halayem, M.B., 2007. Post-traumatic stress disorder in children: clinical aspects and comorbidity. *Encephale – revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique* 33, 598–602.
- Mindell, J.A., Barrett, K.M., 2002. Nightmares and anxiety in elementary-aged children: is there a relationship? *Child care health and development* 28, 317–322.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., Moulart, V., 2000. Fears, worries, and scary dreams in 4-to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of clinical child psychology* 29, 43–52.
- 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* 23, 727–736.
- Nielsen, T.A., Stenstrom, P., Levin, R., 2006. Nightmare frequency as a function of age, gender and September 11, 2001: Findings from an Internet questionnaire. *Dreaming* 16, 145–158.
- Ohayon, M.M., Morselli, P.L., Guilleminault, C., 1997. Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep* 20, 340–348.
- Phelps, A.J., Forbes, D., Creamer, M., 2008. Understanding posttraumatic nightmares: an empirical and conceptual review. *Clinical psychology review* 28, 338–355.
- Punamaki, R.L., 1999. The relationship of dream content and changes in daytime mood in traumatized vs. non-traumatized children. *Dreaming* 9, 213–233.
- Punamaki, R.-L., Ali, K.J., Ismahil, K.H., Nuutinen, J., 2005. Trauma, dreaming, and psychological distress among Kurdish children. *Dreaming* 15, 178–194.
- Roberts, R.N., Gordon, S.B., 1979. Reducing childhood nightmares subsequent to a burn trauma. *Child behavior and therapy* 1, 373–381.
- Salzarulo, P., Chevalier, A., 1983. Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep* 6, 47–51.
- Sandoval, D., Krakow, B., Schrader, R., Tandberg, D., 1997. Adult nightmares sufferers: Can they be identified and treated in childhood? *Sleep research* 26, 256.
- Scher, A., 2001. Attachment and sleep: A study of night waking in 12-month-old infants. *Developmental psychobiology* 38, 274–285.
- Scher, A., Asher, R., 2004. Is attachment security related to sleep-wake regulation? Mothers' reports and objective sleep recordings. *Infant behavior and development* 27, 288–302.
- Schredl, M., Pallmer, R., Montasser, A., 1996. Anxiety dreams in school-aged children. *Dreaming* 6, 265–270.

- Schredl, M., Blomeyer, D., Görlinger, M., 2000. Nightmares in children: Influencing factors. *Somnologie* 4, 145–149.
- Schredl, M., Anders, A., Hellriegel, S., Rehm, A., 2008a. TV viewing, computer game playing and nightmares in school children. *Dreaming* 18, 69–76.
- Schredl, M., Jana, B., Roos, K., Dünkel, T., Harris, N., 2008b. Nightmares and stress in children. *Sleep and hypnosis* 10, 19–25.
- Schredl, M., Fricke-Oerkermann, L., Mitschke, A., Wiater, A., Lehmkuhl, G., 2009a. Factors affecting nightmares in children: parents' vs. children's ratings. *European child and adolescent psychiatry* 18, 20–25.
- Schredl, M., Fricke-Oerkermann, L., Mitschke, A., Wiater, A., Lehmkuhl, G., 2009b. Longitudinal study of nightmares in children: Stability and effect of emotional symptoms. *Child psychiatry and human development* 40, 439–449.
- Shang, C.Y., Gau, S.S.F., Soong, W.T., 2006. Association between childhood sleep problems and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems. *Journal of sleep research* 15, 63–73.
- Simard, V., Nielsen, T.A., Tremblay, R.E., Boivin, M., Montplaisir, J.Y., 2008. Longitudinal study of bad dreams in preschool-aged children: Prevalence, demographic correlates, risk and protective factors. *Sleep* 31, 62–70.
- Simard, V., Nielsen, T.A., 2009. Adaptation of Imagery Rehearsal Therapy for Nightmares in Children: A Brief Report. *Psychotherapy theory, research & practice* 46, 492–497.
- Simonds, J.F., Parraga, H., 1982. Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 21, 383–388.
- Smedje, H., Broman, J.E., Hetta, J., 1998. Sleep disturbances in Swedish pre-school children and their parents. *Nordic journal of psychiatry* 52 (1), 59–67.
- Smedje, H., Broman, J.E., Hetta, J., 1999. Parents' reports of disturbed sleep in 5-7-year-old Swedish children. *Acta Paediatrica* 88, 858–865.
- Smedje, H., Broman, J., Hetta, J., 2001. Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: A study based on parents' perceptions. *European child and adolescent psychiatry* 10, 1–9.
- Stein, M.A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W.H., Amromin, J., Benca, R., 2001. Sleep and behavior problems in school-aged. *Pediatrics* 107, e60.
- St-Onge, M.M.P., De Koninck, J., 2009. Imagery rehearsal therapy for frequent nightmares in children. *Behavioral sleep medicine* 7, 81–89.
- Stores, G., 2007. Parasomnias of childhood and adolescence. *Sleep medicine clinics* 2, 405–417.
- Touchette, E., Petit, D., Seguin, J.R., Boivin, M., Tremblay, R.E., Montplaisir, J.Y., 2007. Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep* 30, 1213–1219.
- Valli, K., Revonsuo, A., Palkas, O., Ismail, K.H., Ali, K.J., Punamaki, R.L., 2005. The threat simulation theory of the evolutionary function of dreaming: Evidence from dreams of traumatized children. *Consciousness and cognition* 14, 188–218.
- Valli, K., Revonsuo, A., Palkas, O., Punamaki, R.-L., 2006. The effect of trauma on dream content – A field study of palestinian children. *Dreaming* 16, 63–87.
- Velabueno, A., Bixler, E.O., Dobladezblanco, B., Rubio, M.E., Mattison, R.E., Kales, A., 1985. Prevalence of night terrors and nightmares in elementary-school children: A pilot study. *Research communications in psychology psychiatry and behavior* 10, 177–188.
- Wittman, L., Schredl, M., Kramer, M., 2007. Dreaming in posttraumatic stress disorder: a critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychotherapy and psychosomatics* 76, 25–39.
- Zadra, A., Donderi, D.C., 2000. Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of abnormal psychology* 109, 273–281.