

International Journal of Child and
Adolescent Resilience (IJCAR)
Revue internationale de la résilience
des enfants et des adolescents (RIREA)

Volume 8, Number 1, 2021

Volume 8, Numéro 1, 2021



Editor-in-Chief / Rédactrice en chef : Martine Hébert, Université du Québec à Montréal
Associate Editors / Rédactrices associées : Tara Black, University of Toronto,
Isabelle Daigneault, Université de Montréal, and
Rachel Langevin, McGill University

ISSN 2292-1761

Website / Site web : www.ijcar-rirea.ca



The International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR)
Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents (RIREA)

Volume 8 Number 1, 2021 / Volume 8 Numéro 1, 2021 - ISSN 2292-1761

© 2021 International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR) / Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents (RIREA)

Editor-in-Chief / Rédactrice en chef: Martine Hébert, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Associate Editors / Rédactrices associées: Tara Black, Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto, **Isabelle Daigneault**, Département de psychologie, Université de Montréal, and **Rachel Langevin**, Department of Educational & Counselling Psychology, McGill University

Editorial Board Members / Membres du comité de rédaction: Tracie O. Afifi (University of Manitoba) • **Katherine Mary Boydell** (University of Toronto) • **Pedro Calado** (High-Commissioner for Migrations, Portugal) • **Jude Mary Cénat** (Université d'Ottawa) • **Delphine Collin-Vézina** (McGill University) • **Isabelle V. Daignault** (Université de Montréal) • **David Danto** (University of Guelph-Humber) • **Daniel Dérivois** (Université de Bourgogne Franche-Comté) • **Jacinthe Dion** (Université du Québec à Chicoutimi) • **Barbara Fallon** (University of Toronto) • **Antoinette Y. Farmer** (Rutgers University) • **Takeo Fujiwara** (National Research Institute for Child Health and Development) • **Natacha Godbout** (Université du Québec à Montréal) • **Abby L. Goldstein** (University of Toronto) • **Sherry Hamby** (University of the South) • **Hayley A. Hamilton** (University of Toronto) • **Richard Isralowitz** (Ben Gurion University of the Negev) • **Susan M. Jack** (McMaster University) • **Mireille Joussemet** (Université de Montréal) • **Amira Karray** (Aix-Marseille Université) • **Samantha Longman-Mills** (University of West Indies) • **Katherine Maurer** (McGill University) • **Elisa Romano** (Université d'Ottawa)

Publication Policies / Politiques de publication: IJCAR/RIREA is published under Creative Commons - Attribution 2.5 Canada (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/ca/>).

Table of contents / Table des matières

Introduction: IJCAR - 2021 issue	Martine Hébert, Editor-in-Chief	1
Introduction : RIREA - Volume 2021	Martine Hébert, Rédactrice en chef	2
Regular articles / Articles réguliers		
Expérience amoureuse la plus difficile : Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses ?	Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Mylène Fernet, Martine Hébert, Martin Blais et Natacha Godbout	3-16
La résilience de femmes victimes d'agression sexuelle vécue à l'enfance : l'effet du dévoilement	Victoria Martinez, Karine Baril et Marc Tourigny	17-30
Développer la résilience chez les jeunes trans et non binaires : un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth	Denise Medico	31-47
Adverse Childhood Experiences and Substance Use: The Mediating Role of Perceptions of Harm and Peer and Parental Attitudes	Jérémie Richard, Loredana Marchica, Anthony Sciola, William Ivoska and Jeffrey Derevensky	48-61
Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés	Aude Villatte, Geneviève Piché et Rima Habib	62-79
Commentary / Commentaire		
The Fifth World Congress on Resilience	Serban Ionescu	80-83

Thematic articles / Articles thématiques

Prévenir les violences sexuelles en milieu autochtone : Retour sur la formation au Programme Lanterne Awacic	Virginie Attard, Jacinthe Dion, Christiane Bergeron-Leclerc, Vincent Tremblay, Martine Hébert et Mireille De La Sablonnière-Griffin	84-97
Virtues, Resilience, and Well-Being of Indigenous Youth in Peru	Abigail R. L. Bullock, B. Cameron Stumpf and Kelly B. T. Chang	98-109
Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada	Emmaline Houston, Anika Ganness, Tara Black and Barbara Fallon	110-123
The Use of Mobile Applications to Support Indigenous Youth Wellbeing in Canada	Noella Noronha, Savanah J. Smith, Dawn Martin Hill, Lori Davis Hill, Sara Smith, Amy General, Cynthia McQueen, Makaśa Looking Horse, Alexander Drossos, Cynthia Lokker, Nicole M. Bilodeau and Christine Wekerle	124-134
Resilience in Nicaragua: Preliminary Factor Analysis and Validation of the CYRM-28	B. Cameron Stumpf and Kelly B. T. Chang	135-145

Introduction: IJCAR – 2021 Issue

Dear readers,

I am pleased to introduce the 2021 Issue of IJCAR, the International Journal of Child and Adolescent Resilience, addressing various aspects of youth resilience. We also have a thematic section focused on resilience in Indigenous and multicultural populations.

This issue includes five regular articles on different aspects of resilience. First, Lafrenaye-Dugas et al. document the sources of distress of adolescent boy victims of physical violence within their romantic relationships. Then, Martinez and her colleagues examine the effect of disclosure on resilience in adult female victims of childhood sexual abuse. In the following paper, Dr. Medico proposes a theoretical model of trans affirmative approaches for trans and non-binary youth based on Axel Honneth's ethics of recognition model (2000; 2006). Richard et al. investigate the role of perceptions of harm and perceived peer and parental attitudes towards substance use in the association between adverse childhood experiences and substance use in adolescents. Finally, Villate and her colleagues document the subjective experiences of emerging adults who have a parent with a mental disorder and suggest ways to support their resilience in the transition to adulthood.

In addition to these regular articles, we also have a commentary on the 5th World Congress on Resilience by Dr. Ionescu and a thematic section focused on resilience in Indigenous and multicultural populations. This section presents five articles on the effects of the Lantern|Awacic sexual violence prevention program training for workers in Indigenous care settings (Attard et al.), the relations between virtues, well-being, and resilience in Indigenous youth in the Peruvian Amazon (Bullock et al.), Child Maltreatment-Related Investigations of Children from Newcomer Households in Canada (Houston et al.), a review of the use of mobile applications to support Indigenous youth well-being (Noronha et al.), and finally, the validation of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28; Ungar & Liebenberg, 2011) in Nicaraguan youth.

I wish to take this opportunity to warmly thank each member of the IJCAR team, namely Dr. Isabelle Daigneault, Dr. Rachel Langevin and Dr. Tara Black, associate editors; Catherine Moreau, managing editor; Manon Robichaud, layout editor; Andréanne Fortin, senior copyeditor; and Ruo Feng, Sereena Pigeon, and Carley Marshall, junior copyeditor. We hope you enjoy your reading!

Don't forget to prepare your manuscripts for the 2022 issue. In addition to regular papers, we will feature a thematic section on research presented at the Child and Youth Trauma Symposium. Submit your manuscripts in English or in French by November 15th, 2021. Please feel free to send the information to colleagues and students who may be interested.

Martine Hébert, Editor-in-Chief

Introduction : RIREA – Volume 2021

Chers lecteur.trice.s,

J'ai le plaisir de vous présenter le numéro 2021 de RIREA, la Revue Internationale de la Résilience des Enfants et des Adolescents, qui aborde divers aspects de la résilience des jeunes. Nous avons également une section thématique axée sur la résilience des populations autochtones et multiculturelles.

Ce numéro comprend cinq articles réguliers sur différents aspects de la résilience. Tout d'abord, Lafrenaye-Dugas et ses collègues documentent les sources de détresse des adolescents victimes de violence physique dans leurs relations amoureuses. Ensuite, Martinez et ses collègues examinent l'effet du dévoilement sur la résilience des femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. Dans l'article suivant, Dr. Medico propose un modèle théorique des approches trans affirmatives pour les jeunes trans et non binaires basé sur le modèle d'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth (2000; 2006). Puis, Richard et al. ont examiné le rôle des perceptions de préjudice et des attitudes perçues des pairs et des parents à l'égard de la consommation de substances dans l'association entre les expériences adverses vécues dans l'enfance et la consommation de substances chez les adolescent.es. Enfin, Villate et ses collègues documentent les expériences subjectives d'adultes émergents dont un parent souffre de troubles mentaux et proposent des moyens pour soutenir leur résilience dans la transition vers l'âge adulte.

En plus de ces articles réguliers, nous avons également un commentaire sur le 5^e Congrès mondial sur la résilience par Dr. Ionescu et une section thématique axée sur la résilience des populations autochtones et multiculturelles. Cette section présente cinq articles sur les effets de la formation du Programme Lanterne|Awacic de prévention de la violence sexuelle auprès d'intervenant.es dans les milieux autochtones (Attard et al.), les relations entre les valeurs, le bien-être et la résilience chez les jeunes autochtones de l'Amazonie péruvienne (Bullock et al.), les investigations de maltraitance envers les enfants issus de foyers de nouveaux arrivants au Canada (Houston et coll.), une recension sur l'utilisation d'applications mobiles pour soutenir le bien-être des jeunes autochtones (Noronha et coll.), et enfin, la validation du *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28; Ungar & Liebenberg, 2011) chez les jeunes Nicaraguayens.

Je profite de l'occasion pour remercier chaleureusement chaque membre de l'équipe de la RIREA, notamment Dre. Isabelle Daigneault, Dre. Rachel Langevin et Dre. Tara Black, rédactrices associées; Catherine Moreau, directrice de la rédaction; Manon Robichaud, responsable de la mise en page; Andréanne Fortin, éditrice d'épreuve senior; ainsi que Ruo Feng, Sereena Pigeon et Carley Marshall, éditrices d'épreuve juniors. Nous espérons que vous apprécierez votre lecture !

N'oubliez pas de préparer vos manuscrits pour le numéro 2022. En plus des articles réguliers, nous proposerons une section thématique sur les recherches présentées lors du Child and Youth Trauma Symposium. Soumettez vos manuscrits en anglais ou en français au plus tard le 15 novembre 2021. N'hésitez pas à transmettre l'information à vos collègues et étudiant.es qui pourraient être intéressés.es.

Martine Hébert, rédactrice en chef

Expérience amoureuse la plus difficile : Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses ?

**Anne-Julie LAFRENAYE-DUGAS¹, Mylène FERNET¹, Martine HÉBERT¹,
Martin BLAIS¹ et Natacha GODBOUT¹**

¹ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec

Auteur de correspondance : Mylène Fernet, Ph.D., Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, C.P. 8888
Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3P8.
Courriel : fernet.mylene@uqam.ca.

Résumé

Objectifs: Bien que la majorité des écrits portant sur la violence physique dans les relations amoureuses (VRA physique) s'attardent à la victimisation chez les filles, les garçons sont également à risque. Cette étude vise à documenter les expériences amoureuses de garçons ayant vécu de la VRA physique.

Méthode: Dans l'Enquête Parcours Amoureux des Jeunes, 1 701 garçons ont rapporté avoir eu une relation amoureuse dans la dernière année. Parmi eux, 184 ont subi au moins un épisode de VRA physique et ont répondu à une question ouverte les invitant à décrire l'expérience la plus difficile vécue dans une relation amoureuse. Une analyse qualitative a été réalisée à partir des réponses, puis a été complétée avec des analyses corrélationnelles et de comparaison de moyennes.

Résultats: Cinq catégories conceptuelles ont émergé, relatant des difficultés relationnelles ($n = 39$) ou sexuelles ($n = 9$), des ruptures amoureuses ($n = 47$), des expériences d'infidélité ($n = 57$) ou de VRA ($n = 19$). Treize participants ne rapportaient aucun événement difficile. Seulement 15 participants ont évoqué un événement de VRA, et trois de VRA physique subie. Les analyses révèlent que plus un participant rapporte une tolérance élevée envers la violence, plus il a vécu de formes différentes de VRA.

Implications: Les témoignages recueillis soulignent la présence de plusieurs sources de détresse dans leurs relations amoureuses, cumulés à la VRA physique. Ces constats soulèvent l'importance d'aider les garçons à développer leurs capacités de résilience et à reconnaître les différentes formes de VRA, et de les soutenir dans leur recherche d'aide.

Mots-clés: Violence dans les relations amoureuses; violence physique; adolescence; garçons; intervention.

Introduction

Dans les dernières années, nous avons été témoins de l'émergence de mouvements sociaux visant la reconnaissance du vécu des victimes de violence dans les relations amoureuses (VRA). Aux États-Unis, depuis 2011, le « Project Unbreakable » a publié plusieurs dizaines de photographies de garçons et d'hommes survivants de VRA ou de violence sexuelle tenant devant eux des affiches sur lesquelles sont inscrites des paroles de leur agresseur (Project Unbreakable, s.d.). En 2017, en Angleterre, la chaîne « BBC Three » a mis en ligne une capsule vidéo d'expérimentation sociale dans laquelle une jeune femme agresse physiquement et verbalement un jeune homme en public (environ 3 millions de visionnements). Les commentaires des témoins révèlent que plusieurs expriment que le jeune homme agressé semble « faible ». Au Québec, l'équipe du projet Parcours Amoureux des Jeunes (PAJ), en partenariat avec la Table de concertation en violence conjugale de Montréal, a mis sur pied en 2016 une campagne socationumérique sur les réseaux sociaux visant à sensibiliser les jeunes et leurs parents à la violence dans les relations amoureuses (<https://www.facebook.com/PAJ.UQAM>). Ces différentes initiatives ont permis d'accroître la sensibilisation au sujet de la VRA et de la grande diversité de victimes, parmi lesquelles on compte des garçons adolescents.

La VRA réfère à toute tentative de dominer son partenaire par des moyens physiques (pousser ou frapper), psychologiques (menacer ou dénigrer) ou sexuels (avoir recours à la force, aux drogues ou au chantage pour avoir un rapport sexuel) (Hébert *et al.*, 2018). Bien que les écrits scientifiques actuellement disponibles s'attardent principalement à la victimisation chez les filles, les garçons sont également à risque de subir de la VRA (Foshee *et al.*, 2013; Hébert *et al.*, 2017). Dans un échantillon pondéré représentatif de la population adolescente étudiant au deuxième cycle du secondaire au Québec, 15 % des jeunes en auraient subi au moins une fois, avec une prévalence de victimisation de 12,8 % chez les garçons et de 15,7 % chez les filles (Hébert *et al.*, 2017). Les garçons et les filles semblent démontrer des vulnérabilités différentes face à la VRA physique, les filles étant plus à risque de blessures graves et les garçons rapportant un moindre accès à des ressources reconnaissant leur victimisation (Mahalik *et al.*, 2010; Martin *et al.*, 2012; Muñoz-Rivas *et al.*, 2007). Certains facteurs contribueraient spécifiquement à accroître la vulnérabilité des adolescents aux situations de VRA (Kassis *et al.*, 2013; Ruel *et al.*, 2020; Simon *et al.*, 2010). Un des facteurs qui permettrait aux garçons de composer avec un vécu de violence est la résilience, c'est-à-dire l'aptitude à rebondir et s'adapter à la suite d'événements de vie difficile, mais celle-ci tend à être affectée par les normes socioculturelles sur la masculinité (Grych *et al.*, 2015; Kassis *et al.*, 2013; Simon *et al.*, 2010). Par exemple, tel qu'illustré dans la vidéo présentée par la chaîne « BBC Three » (2017), ces normes présentent la VRA physique commise par une fille envers un garçon comme étant un geste plus anodin que l'inverse (Ruel *et al.*, 2020; Simon *et al.*, 2010).

Un autre facteur qui contribue au risque de victimisation et qui entrave la résilience des garçons est le faible sentiment de compétence face à la gestion d'une situation de VRA subie (Ali *et al.*, 2011; Van Camp *et al.*, 2014). Les garçons se sentiraient plus confiants d'aider quelqu'un d'autre à solliciter de l'aide qu'à chercher du soutien pour eux-mêmes (Van Camp *et al.*, 2014). Bien que la recherche de soutien après un événement difficile s'avère être un facteur de protection et une source de résilience reconnue, certains garçons sont réticents à en solliciter (Grych *et al.*, 2015; Kassis *et al.*, 2013). Avoir évolué dans un milieu tolérant envers la violence ou encore adhérer aux stéréotypes socioculturels de masculinité serait lié à la fois à un risque accru de VRA et à des difficultés à solliciter de l'aide après un épisode de VRA (Ali *et al.*, 2011; Mahalik *et al.*, 2010; Martin *et al.*, 2012; Oransky et Marecek, 2009). En somme, les données disponibles suggèrent des spécificités de genre, tant dans la façon dont les garçons expérimentent la VRA physique, que dans les stratégies qu'ils mettent en place en réponse à ces situations de violence. De même, bien que certaines études aient documenté que les hommes tendent à ne pas interpréter comme violents ou à minimiser certains gestes qu'ils subissent (Machado *et al.*, 2016), peu de données scientifiques actuelles ont exploré la perception que les garçons adolescents ayant subi de la VRA physique ont de leur expérience amoureuse.

Objectifs de recherche

La présente étude s'intéresse précisément au vécu de garçons ayant subi de la VRA physique et à leur perception de leur pire expérience amoureuse dans une approche mixte qualitative et quantitative. D'abord, elle vise à documenter les préoccupations de garçons ayant vécu de la violence physique dans le cadre de leurs relations amoureuses, ainsi que les différentes formes de VRA et gestes de VRA physique rapportés par les participants. Elle vise à donner la parole à ces garçons en les invitant à témoigner, de leur perspective, de l'expérience qu'ils décrivent comme étant la situation la plus difficile qu'ils ont vécue dans le contexte d'une relation amoureuse. Ensuite, elle vise à enrichir la description qualitative de ces expériences par des analyses quantitatives explorant les facteurs de risque associés à la VRA (par ex. : l'adhésion à des normes sociales favorables à la violence).

Méthode

Les données sont issues de la vaste enquête PAJ, dont l'objectif était d'explorer et de documenter au Québec le phénomène de la VRA auprès des jeunes du secondaire dans un échantillon représentatif de 8 194 jeunes. Les participants ont été recrutés dans diverses écoles publiques francophones et anglophones, et privées francophones à travers le Québec. L'échantillon est proportionnellement distribué entre les élèves de secondaire III (30,5 %), IV (38,8 %) et V (30,7 %). Ces adolescents ont rempli une série de questionnaires comportant, entre autres, une question ouverte les invitant à décrire l'expérience la plus difficile qu'ils ont eu à vivre dans un contexte amoureux. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche auprès d'êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

Participants

Des 8 194 répondants, un total de 1 701 garçons ont rapporté avoir eu une relation amoureuse dans les 12 derniers mois ou être en relation au moment de l'étude, dont 243 (14,3 %) indiquant avoir subi au moins un épisode de VRA physique. Parmi ceux-ci, 184 (75,7 %) ont offert une réponse suffisamment complète à la question ouverte pour être utilisée à des fins d'analyse de contenu.

Des 184 participants retenus, tous se sont identifiés comme hétérosexuels, mais sept rapportaient avoir déjà vécu une expérience amoureuse avec un partenaire de même sexe. Parmi ceux qui étaient en relation amoureuse au moment de l'étude, trois (1,6 %) l'étaient avec un garçon et les autres avec une fille. Pour ceux qui n'étaient pas en relation amoureuse au moment de la participation, mais qui l'ont été dans la dernière année, six (3,3 %) étaient en relation avec un garçon et les autres avec une fille.

Les participants étaient âgés de 13 à 19 ans ($M = 15,7$, $É.T. = 1,0$), et 22,3 % étaient de niveau secondaire III ($n = 41$), 41,3 % secondaire IV ($n = 76$), et 35,9 % secondaire V ($n = 66$). Ils étaient presque tous (98,3 %) inscrits au programme de formation générale. La majorité était d'origine québécoise ou canadienne (77,0 %) et habitait avec leurs deux parents sous le même toit (52,2 %). Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont détaillées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	%
Année scolaire	
Secondaire III	22,3
Secondaire IV	41,3
Secondaire V	35,9
Type de scolarité	
Formation générale	98,3
Formation préparatoire au travail	1,7
Origine ethnique/culturelle des parents	
Québécoise ou canadienne	77,0
Latino-américaine ou antillaise	8,8
Asiatique	3,8
Européenne	3,8
Africaine subsaharienne	2,2
Africaine du nord ou moyenne orientale	2,2
Autochtone	1,7
Autre	0,5
Structure familiale	
Habite avec les deux parents dans la même demeure	52,2
En garde partagée	12,0
Avec leur mère	17,9
Avec leur père	7,1
Avec un membre de la famille élargie	3,8
En famille ou centre d'accueil	2,2
Avec leur partenaire amoureux	1,6
Autre	3,2

Mesures

Des adaptations francophones du *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory* (CADRI; Wekerle *et al.*, 2009; Wolfe *et al.*, 2001) et du *Sexual Experiences Survey* (SES; Koss *et al.*, 2007) ont été utilisées pour évaluer la VRA physique, psychologique et sexuelle (Hébert *et al.*, 2011). La version du CADRI utilisée contient huit énoncés, dont six sont dérivés d'une version courte du CADRI (Wekerle *et al.*, 2009), et deux de la version longue du CADRI (Wolfe *et al.*, 2001), et le SES comporte neuf items (Koss *et al.*, 2007). Ces deux échelles contiennent des énoncés présentant un type de comportement de VRA que le partenaire amoureux a pu commettre envers le participant (par ex. : « Te frapper ou te donner un coup de poing ou de pied » ; « Te ridiculiser ou rire de toi devant les autres » ; « Avoir une relation sexuelle avec toi en utilisant des arguments ou des pressions »). Les participants étaient invités à indiquer la fréquence à laquelle un comportement de VRA s'était produit dans les 12 derniers mois à l'aide d'une échelle de type Likert variant de 0 (« jamais ») à 3 (« six fois ou plus »). Chaque forme de VRA a été dichotomisée (0 - « non vécue » ; 1 - « vécue »), et tel que suggéré par certains auteurs afin de reconnaître l'effet cumulatif des différentes formes de violence et de souligner que même un seul événement de VRA ne doit pas être toléré (Vagi *et al.*, 2015), un score cumulatif indiquant le nombre de formes de VRA vécues (entre 0 et 3 formes) a été calculé. L'alpha de Cronbach pour le questionnaire complet est de ,81 dans la présente étude.

Une échelle d'attitudes envers la violence physique dans les relations amoureuses, l'*Acceptance of Prescribed Norms Scale* (APNS; Foshee *et al.*, 2001) permet d'apporter des informations complémentaires sur la tolérance envers la VRA par les victimes. Cette échelle est composée de six énoncés (par ex. : « Les gars méritent parfois de se faire frapper par leur blonde » ou « Les filles méritent parfois de se faire frapper par leur chum »). Les participants ont indiqué leur degré d'accord avec ces énoncés à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 (« Fortement en désaccord ») à 3 (« Fortement en accord »). Le score total peut varier de 0 à 18 et un score plus élevé signifie une plus grande tolérance de la VRA. Cette échelle démontre des qualités psychométriques satisfaisantes dans les études antérieures ($\alpha = ,73$; Ruel *et al.*, 2020) et dans la présente étude ($\alpha = ,72$). À la fin du questionnaire, les participants étaient invités à répondre à la question ouverte suivante : « Écris quelques mots sur l'expérience la plus difficile que tu as vécue dans tes relations amoureuses. Écris le contexte de la situation, donne des informations sur l'autre personne impliquée, sur ce que vous avez fait, sur tes sentiments sur le moment et après ».

Stratégies d'analyse

Des analyses descriptives ont en premier lieu été réalisées afin de documenter la prévalence des différents gestes de violence vécus par les participants. Ensuite, les réponses des jeunes à la question ouverte concernant leur pire expérience amoureuse ont été analysées de façon inductive, et ont été soumises à une analyse de contenu thématique (Fourboul, 2012). Dans le cadre de ces analyses, les participants sont considérés comme étant des experts de leurs propres expériences et des interlocuteurs clés pour témoigner des expériences difficiles dans leurs relations amoureuses, dont les expériences de violence physique (Poupart, 1997). Les analyses comportent trois étapes (Braun et Clarke, 2006). Premièrement, une grille de codification mixte a été créée, en suivant une démarche itérative et réflexive. Deuxièmement, chaque réponse a été considérée, codifiée et organisée en thèmes identifiés, autant à partir des témoignages, qu'à partir des écrits théoriques. Troisièmement, la grille a été réduite, jusqu'à l'obtention de catégories conceptuelles indépendantes et mutuellement exclusives. Chacune de ces catégories conceptuelles illustre un phénomène permettant de répondre à l'objectif de recherche. Enfin, des *Test t* et des corrélations ont été réalisés afin d'explorer l'adhésion à des normes sociales favorables à la VRA chez les participants et de comparer l'échantillon actuel à un échantillon ne rapportant pas de VRA.

Résultats

Analyses descriptives

Parmi les 184 adolescents retenus pour l'analyse thématique, la majorité (84,2 %) rapporte avoir vécu plus d'une forme de VRA, 152 (82,6 %) ayant aussi vécu au moins un épisode de violence psychologique et 33 (17,9 %) de la violence sexuelle au cours de la dernière année. En ce qui a trait à la VRA physique qu'ils ont vécue dans les 12 mois ayant précédé l'enquête, 65,2 % ont été giflés ou se sont fait tirer les cheveux, 43,2 % indiquent avoir été frappés avec le pied ou le poing, et 40,7 % ont été poussés, secoués, bousculés ou retenus de force.

Analyse de contenu thématique

L'analyse de contenu thématique des témoignages d'adolescents indiquant avoir subi de la VRA physique a permis de dégager cinq catégories conceptuelles. Le Tableau 2 résume les catégories et sous-catégories, indique le nombre d'extraits de discours contenus dans chacune d'elles et présente des extraits de discours illustratifs pour chaque catégorie. La catégorisation a été revue par trois chercheurs (A.-J. L.-D., M. F. et M. H.) à l'aide d'une procédure de fidélisation interjuges jusqu'à l'obtention d'un consensus. Il est à noter que bien que les participants aient été sélectionnés spécifiquement sur la base de leurs antécédents de victimisation par VRA physique, 13 (7,1 %) rapportent n'avoir vécu aucune expérience amoureuse difficile notable.

1. Des expériences amoureuses marquées par la violence subie et perpétrée

Environ un jeune sur dix ($n = 19$, 10,3 %) rapporte un événement de VRA, qu'ils ont subi ou qu'ils ont commis, comme expérience amoureuse la plus difficile qu'ils ont vécu.

Des jeunes qui dévoilent avoir subi des violences dans leurs relations amoureuses. Tout d'abord, bien qu'ils aient tous subi de la VRA physique, nous constatons que peu de garçons qualifient cette expérience comme étant la plus difficile. En effet, des 184 participants, seuls 15 d'entre eux font mention d'un événement relatif à la VRA vécue. De ceux-ci, trois font état de situations de violence menaçant leur intégrité physique, incluant des gestes tels qu'être frappé, giflé, ou retenu de force. Sept participants décrivent différentes formes de violences psychologiques où ils se sont sentis dénigrés, humiliés ou manipulés comme leur pire expérience amoureuse. Trois des participants rapportent des comportements de contrôle, où leurs faits et gestes étaient constamment épiés. Enfin, deux garçons indiquent avoir subi des violences à caractère sexuel de la part de leur partenaire. L'un relate avoir subi des gestes sexuels après avoir refusé des contacts sexuels et l'autre, des blessures génitales.

Des jeunes qui dévoilent avoir commis des gestes violents. Quatre des 184 adolescents révèlent avoir vécu des situations amoureuses complexes, dans lesquelles ils ont eux-mêmes eu recours à des gestes de violence. Entre autres, trois participants relatent des situations d'escalade de violence. Les adolescents font part de réactions agressives des deux partenaires suite à des disputes où le ton monte rapidement. De même, un participant indique que l'expérience amoureuse la plus difficile qu'il ait traversée soit le fait d'avoir posé des gestes d'agression sexuelle.

2. Des expériences amoureuses marquées par des épreuves à surmonter en couple

Malgré leurs expériences de victimisation, la majorité des garçons semblent plutôt préoccupés par d'autres blessures amoureuses. Environ un jeune sur cinq ($n = 39$, 21,2 %) mentionne avoir traversé différents obstacles dans leurs relations amoureuses, dont des situations émotionnellement bouleversantes (ex. : des dévoilements d'abus passés), des facteurs externes à la volonté des membres du couple (ex. : déménagement ou désapprobation par l'entourage), ainsi que des disputes.

Des relations marquées de chocs émotionnels. Quelques participants rapportent avoir été confrontés à des situations lors desquelles ils se sont sentis troublés par leur partenaire. Par exemple, trois soulignent avoir reçu des confidences troublantes de la part de leur partenaire, principalement concernant des traumatismes et des agressions sexuelles vécus dans le passé. Trois autres admettent s'être sentis alarmés et inquiets de l'état de santé physique et mentale de leur partenaire concernant, entre autres, des idées dépressives et suicidaires.

Des relations amoureuses compromises par des facteurs extérieurs à la relation. Questionnés sur leur pire expérience amoureuse, 13 des 184 adolescents signalent que leur relation aurait été compromise par des éléments hors de leur contrôle. Huit participants racontent avoir eu à suivre leurs parents lors de déménagements ou de vacances en famille et avoir souffert de cette séparation physique imposée de leur partenaire. D'autres relatent des situations où leurs pairs auraient tenté de diviser leur couple. Bien que ces événements aient été difficiles, selon leurs témoignages, ils auraient aussi permis de mettre à l'épreuve la solidité de leur relation.

Des relations amoureuses marquées de conflits et mésententes. Le thème des conflits est récurrent dans les témoignages recueillis, que 20 participants qualifient comme leur expérience la plus difficile. Ainsi, 14 garçons rapportent avoir vécu des conflits ou des désaccords dans leurs relations amoureuses et avoir trouvé ces tensions comme étant des moments difficiles à traverser. Certains indiquent avoir utilisé de façon constructive ces mésententes au sein de leurs relations amoureuses afin de trouver des solutions à deux. Six autres participants blâment leurs partenaires pour les conflits.

Expérience amoureuse la plus difficile :
Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses?

Tableau 2. Répartition des réponses portant sur la pire expérience vécue dans le cadre d'une relation amoureuse dans la grille de codification ($n = 184$)

Catégories	Sous-catégories	n	%	Verbatims
1. Violence subie et perpétrée ($n = 19$; 10,3 %)	1.1 Violences subies	15	8,2	
	1.1.1 Violences qui atteignent l'intégrité physique	3		« Après et pendant la chicane, j'ai voulu m'en aller prendre de l'air, fumer une cigarette pour faire tomber la tension, mais il me retenait violemment pour pas que je parte. » (15 ans) « De me faire frapper. » (16 ans)
	1.1.2 Dénigrement, humiliation et manipulation	7		« Ça a duré près d'un an et demi, ma blonde me rabaissait tout le temps en disant que je ne faisais rien pour elle quand tout le monde me disait que j'étais son esclave. Bref, j'étais de la merde, mais je n'étais pas capable de la laisser. » (16 ans) « Des fois, ma blonde est fâchée pour rien, n'importe quand et elle me fait sentir mal, car je l'aime et là, elle va se confier pas à moi tout de suite pour régler le problème, elle reste là, dit rien et ne me regarde pas pendant des heures parfois. » (16 ans)
	1.1.3 Contrôler les faits et gestes	3		« Quand ma blonde est dépendante affective et super jalouse ce qui m'empêche de faire le moindre geste sans me faire envoyer chier. » (17 ans)
	1.1.4 Violences liées à la sexualité	2		« J'étais seul dans la chambre et elle a commencé à me toucher et je ne voulais pas. Elle a continué comme si j'étais juste un objet sexuel. J'ai dit NON! Elle m'a violé. » (17 ans) « Après une pénétration du type hardcore, ma blonde en voulait plus mais mon pénis ne fournissait plus, alors elle s'est mise à le frapper et le mordre. » (17 ans)
	1.2 Violences commises	4	2,2	
	1.2.1 Escalade de la violence	3		« J'ai surpris une précédente partenaire en pleine relation sexuelle avec un autre homme. J'étais en colère et ma réaction fut violente envers cet homme. » (17 ans) « J'étais saoul, elle n'arrêtait pas de crier mon nom et j'ai été près d'elle pour lui crier que je ne suis pas son chien » (17 ans)
1.2.2 Violence interpersonnelle perpétrée	1		« Je me souviens [que] j'étais sur le lit avec [elle] et moi je voulais avoir une relation sexuelle. Elle ne voulait pas alors je l'ai forcée puis après je me suis senti mal pour elle, j'avais pas respecté son choix. » (16 ans)	
2. Épreuves à surmonter en couple ($n = 39$; 21,2 %)	2.1 Chocs émotionnels	6	3,3	
	2.1.1 Histoires bouleversantes dans le passé des membres du couple	3		« Quand ma partenaire m'a avoué avant notre relation amoureuse qu'elle avait été abusée par son oncle dans sa jeunesse. » (16 ans)
	2.1.2 Être inquiet pour la personne aimée	3		« Mon ex a eu une dépression qui a duré 3-4 mois, elle s'est coupée et a tenté de se suicider à plusieurs reprises. » (16 ans)
	2.2 Relations amoureuses compromises par des facteurs extérieurs au couple	13	7,1	
	2.2.1 Séparés physiquement malgré eux	8		« Le fait de savoir qu'elle pourrait déménager bientôt. » (14 ans) « Lorsque ma blonde est partie en voyage, les premières semaines étaient pas pire mais elle a commencé à vraiment me manquer. » (16 ans)
	2.2.2 Relations amoureuses contestées par les pairs	5		« À l'école tout le monde voulait qu'on se sépare alors c'était une situation de confiance entre moi et ma blonde. Plein de personnes disent des trucs pis on a survécu malgré tout ça. » (16 ans) « Un autre gars qui veut faire de la mardo dans notre couple. » (17 ans)

Expérience amoureuse la plus difficile :
Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses?

Tableau 2. Répartition des réponses portant sur la pire expérience vécue dans le cadre d'une relation amoureuse dans la grille de codification ($n = 184$) (suite)

Catégories	Sous-catégories	n	%	Verbatims
2. Épreuves à surmonter en couple ($n = 39$; 21,2 %) (suite)	2.3 Conflits et mésententes	20	10,9	
	2.3.1 Simples désaccords	14		« Quand on se chicane c'est les pires moments » (15 ans) « À cause d'une chicane vraiment niaiseuse, moi et ma blonde ne nous sommes pas vus durant un laps de temps, mais nous avons finalement réglé nos problèmes en discutant calmement puis tout s'est arrangé. » (15 ans)
	2.3.2 Rejeter la faute sur l'autre	6		« Une fille jamais satisfaite de ce que l'on fait. » (15 ans) « Il est facile de devenir impatient avec quelqu'un qui n'est déjà pas patient, moi et ma blonde [on] se chicane souvent justement à cause de cela. » (17 ans)
3. Ruptures amoureuses ($n = 47$; 25,5 %)	3.1 Sentiments de rejet	25	13,6	
	3.1.1 Le vécu de rupture	15		« Quand on s'est laissés. » (13 ans) « C'est quand l'on devait rompre. Je ne savais pas quoi faire j'étais confus et je ne savais pas ce que je voulais. » (17 ans)
	3.1.2 Se sentir utilisé pour le sexe	2		« Une fille m'a laissé après m'avoir touché plusieurs fois et sucé quelques fois et ça m'a fait mal. Aujourd'hui encore je crois qu'elle m'aimait que pour ma queue. » (15 ans)
	3.1.3 Rancœur et sensation d'injustice	8		« Un gars essayait de toucher ma blonde sexuellement, elle était saoule et lui totalement à jeun. Je l'ai frappé à plusieurs reprises pour ce qu'il avait fait et ma blonde m'a laissé sous prétexte que j'étais trop violent. Elle est allée voir ce gars-là et ils ont fini en couple. » (15 ans) « Quand elle m'a laissé pour aucune raison et je l'aimais vraiment. » (16 ans)
	3.2 Humeur négative ou dépressive	13	7,1	« Quand elle te laisse et que tu penses que c'est fini, je me sentais tellement mal que j'ai été souvent vomir car j'avais trop de stress. » (16 ans) « Ma séparation avec mon ex. Je me suis senti anéanti sur tous les niveaux [et j'ai] presque fait une dépression. Je l'aime toujours et je m'efforce de garder la tête haute et de foncer. » (16 ans)
3.3 Remords de ne pas avoir de sentiments amoureux	9	4,9	« Une fille m'a dit qu'elle m'aimait et qu'elle voulait sortir avec moi. Sans y penser, j'ai accepté, mais je ne l'ai jamais aimé alors j'ai fait semblant et elle s'en est rendu compte. J'ai cassé et je me sens très mal pour cette personne. Je lui ai fait beaucoup de peine. » (14 ans) « Présentement il se passe un froid entre nous deux. Je ressens moins d'amour pour elle que j'en éprouvais auparavant. Elle tente constamment de me convaincre que ça marche encore, mais à mon avis c'est terminé. » (15 ans)	
4. Enjeux d'engagement, instabilité dans la relation et infidélité ($n = 57$; 31 %)	4.1 Méfiance l'un envers l'autre	12	6,5	
	4.1.1 Dynamiques empreintes de jalousie	9		« La période la plus dure est quand mon ex était devenue jalouse, je n'étais plus capable. » (16 ans) « Ma blonde est souvent jalouse si je vais voir une amie et moi aussi je suis jaloux quand elle va voir un autre gars. » (18 ans)
	4.1.2 Abus de confiance	3		« J'ai eu de la misère à accepter le fait qu'elle parlait dans mon dos et disait des conneries à mon égard, j'ai été déçu de voir comment elle pouvait agir. » (16 ans)
	4.2 Instabilité dans le niveau d'engagement amoureux	25	13,5	
	4.2.1 Triangles amoureux	8		« Le moment où nous nous sommes laissé quelque temps (nous sommes revenus ensemble par la suite) et qu'elle voyait un garçon en particulier. Ça m'a fait très mal et même encore aujourd'hui, même si cela date de longtemps, ça me touche toujours. » (15 ans) « Quand j'ai eu peur de perdre ma blonde à cause de son ex. » (16 ans)

Expérience amoureuse la plus difficile :
Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses?

Tableau 2. Répartition des réponses portant sur la pire expérience vécue dans le cadre d'une relation amoureuse dans la grille de codification ($n = 184$) (suite)

Catégories	Sous-catégories	n	%	Verbatims
4. Enjeux d'engagement, instabilité dans la relation et infidélité ($n = 57$; 31 %) (suite)	4.2.2 Relations amoureuses qui vacillent puis reprennent	11		« En ce moment on vient de se remettre d'une pause alors je suis plutôt joyeux sinon l'expérience la plus difficile c'était cette pause. » (15 ans) « Quand nous nous sommes laissés à plusieurs reprises. » (17 ans)
	4.2.3 Instabilité du début de relation	4		« Faire en sorte que notre relation fonctionne à long terme avec elle. » (15 ans)
	4.2.4 Préférer la liberté à l'engagement	2		« L'amour c'est de la merde. Dans [la] vie, [il] faut avoir du fun sortir jouer et baiser. Merci. » « An argument over commitment issues. »
	4.3 Relations amoureuses marquées par l'infidélité	13	7,1	
	4.3.1 Le vécu d'infidélité	10		« L'expérience la plus difficile est de m'avoir fait tromper par la fille que j'aime dans un party. » (16 ans) « Je me suis déjà fait tromper par ma blonde et je ne me sentais plus important pour elle, je croyais qu'elle ne m'aimait plus et je n'avais plus confiance en elle. » (17 ans)
	4.3.2 Craindre une infidélité imminente	3		« Lorsque ta blonde fréquente d'autres garçons et que tu penses qu'elle va te tromper. » (16 ans)
	4.4 Remords à l'idée de trahir et d'être infidèle	7	3,8	« Je l'ai trahie en disant quelque chose que je n'aurais pas dû à mon meilleur ami, en rapport avec mes relations sexuelles. » (15 ans) « J'étais à un party et j'ai été voir ailleurs. Sur le moment, je me foutais des conséquences. Mais par la suite les remords sont arrivés. » (âge non inscrit)
5. Besoins sexuels non concordants, expériences inconfortables, et accidents contraceptifs ($n = 9$; 4,9 %)	5.1 Inconfort dans leur découverte de la sexualité	5	2,7	
	5.1.1 Premières relations sexuelles marquées par des douleurs	2		« Les premières relations sexuelles avec ma blonde ont été plutôt difficiles, aucun de nous deux n'a joui avant cinq ou six essais ou relations. Elle à cause de la douleur et moi à cause que je me sentais mal pour elle. » (16 ans)
	5.1.2 Relations sexuelles marquées par des besoins sexuels non concordants			« Cette année, avec une fille hyper pas déniaisée et ça me tue, mais il [n']y aura jamais de violence. Si c'est le cas, j'ai qu'à finir la relation et ça sera fini. » (14 ans)
	5.2 Contextes qui entravent l'intimité sexuelle	2	1,1	« Nous allions avoir une relation sexuelle et sa mère est arrivée. » (16 ans)
	5.3 Des enjeux contraceptifs	2	1,1	« When I was having sex with my ex-girlfriend a month after we broke up and the condom broke. We had to get a plan B pill and it was very stressfull. Me and my girlfriend broke up cause I can't handle a relationship. » (16 ans)

3. Les ruptures amoureuses

Un autre thème fréquemment rapporté comme étant le plus difficile est celui des ruptures. Environ le quart des participants ($n = 47$, 25,5 %) rapporte que la fin d'une relation est l'expérience amoureuse la plus difficile qu'ils ont eu à surmonter. Certains expriment s'être sentis accablés par un sentiment de rejet, la fin imminente de leur relation ou encore avoir été rongés par la culpabilité d'avoir quitté leur partenaire.

Des sentiments de rejet. Parmi les 25 témoignages figurant dans cette catégorie, les participants indiquent s'être sentis blessés par la séparation et mentionnent avoir eu l'impression d'être utilisés ou trahis au moment de la rupture. Plus précisément, 15 garçons décrivent s'être sentis abandonnés ou confus durant cette épreuve. Deux d'entre eux révèlent qu'ils ont eu l'impression d'avoir été utilisés à des fins sexuelles par leur ancien.ne partenaire pour ensuite être « jetés ». Aussi, une amertume se dégage des propos recueillis, certains participants qualifiant la rupture comme une injustice.

Une humeur négative ou dépressive. Dans le même ordre d'idées, 13 participants tiennent des propos sombres en décrivant la fin de leur relation amoureuse. Ils racontent comment ces événements ont entraîné certains symptômes physiques et psychologiques, comme des nausées et un abattement émotionnel.

Des remords à l'idée de ne pas avoir de sentiments amoureux. Neuf participants indiquent vivre de la culpabilité de ne plus se sentir amoureux de leur partenaire et de devoir mettre un terme à la relation comme étant l'expérience la plus difficile vécue dans leur vie amoureuse. Ils déplorent particulièrement d'avoir fait de la peine à l'autre.

4. Des expériences amoureuses marquées par des enjeux d'engagement, d'instabilité et d'infidélité

Il s'agit de la catégorie regroupant le plus de participants. Près du tiers ($n = 57$, 31 %) signale avoir trouvé ardu de traverser des situations d'infidélité ou de trahison. Ils indiquent s'être sentis méfiants envers leur partenaire, avoir ressenti un désir d'engagement divergent de celui de leur partenaire, s'être sentis jaloux ou regretter d'avoir eux-mêmes posé des gestes d'infidélité.

Des jeunes qui vivent dans la méfiance l'un envers l'autre. Les pires expériences amoureuses sont qualifiées comme empreintes de méfiance pour neuf participants qui indiquent avoir vécu des dynamiques marquées par la jalousie. Ce serait parfois le partenaire, parfois le participant, ou encore les deux membres simultanément, qui auraient vécu cette jalousie. Trois autres garçons mentionnent s'être sentis trahis par leur partenaire qui aurait abusé de leur confiance en médissant à leur sujet.

Un niveau d'engagement amoureux instable. Huit garçons rapportent avoir fait partie d'un triangle amoureux. Onze jeunes signalent des situations où ils auraient rompu à plusieurs reprises, puis se seraient réconciliés. Quatre participants nomment que l'instabilité présente en début de relation et leur désir de faire durer la relation avait été l'obstacle le plus difficile qu'ils ont vécu en contexte amoureux. Deux autres racontent avoir eu de la difficulté à être pleinement engagés dans une relation amoureuse.

Des relations amoureuses marquées par l'infidélité. Une expérience d'infidélité et le sentiment d'abandon associé sont énoncés par une dizaine de participants comme l'expérience la plus difficile qu'ils aient vécue en relation amoureuse. Ils craignent que leur confiance en eux et que leur capacité à faire confiance à des partenaires dans l'avenir soit ébranlée. De même, trois adolescents font mention de craindre que leur partenaire pose imminemment un geste d'infidélité.

Des remords à l'idée de trahir et d'être infidèle. Des propos liés à de lourds sentiments de culpabilité ont été énoncés par sept garçons. Ils indiquent avoir eux-mêmes trompé la confiance de leur partenaire, avoir commis des gestes d'infidélité ou encore avoir révélé des confidences.

5. Une sexualité marquée par des besoins non concordants, des expériences inconfortables, et des accidents contraceptifs

Neuf des 184 participants (4,9 %) révèlent avoir vécu des événements difficiles à travers leurs expériences sexuelles. Ces témoignages portent sur des interactions sexuelles inconfortables, des difficultés à se retrouver en toute intimité, ainsi que des accidents contraceptifs.

Des jeunes qui vivent un inconfort dans leur découverte de la sexualité. Deux participants rapportent que

leurs premiers rapports sexuels auraient été insatisfaisants. Ils mentionnent des difficultés à atteindre l'orgasme, ainsi que des douleurs vaginales chez leur partenaire. Trois autres indiquent que leur niveau de désir sexuel ne convergeait pas avec celui de leur partenaire.

Des contextes qui entravent l'intimité sexuelle. De même, deux garçons révèlent des situations ne permettant pas d'approfondir la découverte de leur sexualité par manque d'opportunité pour avoir des moments intimes. Par exemple, certains auraient été surpris par leurs parents lors de relations sexuelles.

Des enjeux contraceptifs. Enfin, deux participants rapportent des accidents contraceptifs (par ex. : rupture de préservatif) et avoir craint une grossesse comme leur expérience amoureuse la plus difficile.

Approfondissement des résultats par des analyses quantitatives

Afin de documenter chez les participants les facteurs de risque associés aux expériences de VRA physique, des analyses statistiques corrélationnelles et de comparaison de moyennes ont été menées. En premier lieu, des analyses menées auprès des 1 701 garçons ayant participé à l'enquête PAJ et ayant été en relation amoureuse dans les 12 derniers mois ont permis de comparer les résultats obtenus aux échelles APNS, CADRI et SES entre ceux qui rapportent de la VRA physique durant cette période et ceux n'en rapportant pas. Ainsi, les résultats du *Test t* soulignent que les garçons ayant été victimes de VRA physique se montrent significativement plus tolérants envers la VRA physique ($M = 4,43$, $É.T. = 3,57$) que ceux n'ayant pas vécu ce type de violence ($M = 3,05$, $É.T. = 3,19$; $t(304,74) = -5,64$, $p = ,001$, I.C. 95 % = $-1,87$ à $-,90$). En second lieu, des corrélations de *Pearson* effectuées parmi les 184 participants mettent en lumière que plus un participant rapporte une tolérance élevée envers la violence, plus il a vécu de formes différentes de VRA ($r = ,20$, $p = ,035$, I.C. 95 % = $,02$ à $,37$).

Discussion

Les données empiriques et les mouvements sociaux visant à reconnaître la victimisation par VRA physique des garçons adolescents sont de plus en plus présents. Il apparaît fondamental de donner la parole à ces jeunes et de documenter leurs expériences. Ainsi, dans cette analyse menée auprès d'adolescents ayant été victimes de VRA physique, les témoignages révèlent que la majorité des participants ne décrivent pas les événements de violence comme l'expérience amoureuse la plus difficile qu'ils aient vécue. Malgré tout, ils soulignent la présence de plusieurs sources de détresse dans leurs relations amoureuses, qui semblent se cumuler à leurs expériences de victimisation et pourraient ainsi limiter leur capacité à avoir accès à leurs ressources en matière de résilience et à solliciter de l'aide. Certains extraits de discours suggèrent la présence de dynamiques amoureuses problématiques et de gestes réciproques de VRA.

Tolérer la VRA et les dynamiques relationnelles problématiques

Les conflits, les ruptures et les infidélités représentent les thèmes les plus fréquemment rapportés par les participants en tant que pire expérience amoureuse. Ces résultats sont cohérents avec les connaissances actuelles, ces enjeux pouvant être le signe de dynamiques amoureuses problématiques au même titre que la VRA (Paat et Markham, 2019). Il est effectivement reconnu que les ruptures peuvent être plus souffrantes que la VRA, la violence étant parfois perçue comme une démonstration d'attention ou une façon de demander de l'attention, voire une preuve d'amour, particulièrement chez les jeunes qui ont grandi dans un environnement familial empreint de violence (Pepler, 2012). Selon les études, la difficulté à exprimer ses ressentis et ses besoins serait associée à des dynamiques de couple néfastes et empreintes de violence (Gallaty et Zimmer-Gembeck, 2008; Paat et Markham, 2019). Ces dynamiques, perceptions et difficultés pourraient aussi être liées à une plus grande tolérance envers les comportements violents, de même qu'à une difficulté à se reconnaître comme victime et chercher de l'aide (Ali *et al.*, 2011; García-Díaz *et al.*, 2017; Mahalik *et al.*, 2010; Martin *et al.*, 2012).

Les analyses statistiques soulignent que plus un garçon endosse des attitudes favorisant la VRA physique, plus le risque de subir de la VRA physique serait élevé. De même, le fait d'avoir vécu plusieurs formes de violence (physique, psychologique et sexuelle) et de dynamiques relationnelles malsaines est associé à une plus grande tolérance envers la VRA. Ces résultats sont cohérents avec les conclusions de travaux antérieurs soulignant qu'une grande tolérance envers la violence, que ce soit dans un contexte amoureux ou non, est liée chez les garçons au risque de subir de la VRA physique (Ali *et al.*, 2011; Reyes *et al.*, 2016). De même, percevoir la violence comme ayant un rôle positif dans une relation amoureuse est lié à des attitudes tolérantes envers la VRA (García-Díaz *et al.*, 2017).

Se reconnaître comme ayant été victime

Certains discours sociaux peuvent affecter la capacité des garçons à reconnaître les gestes violents qu'ils subissent ou les dynamiques amoureuses problématiques dans lesquelles ils évoluent. Reyes et ses collaborateurs (2016) soutiennent que l'idée que tolérer la VRA pourrait concorder avec certaines normes de genre stéréotypées. Par exemple, plusieurs scripts socioculturels prescrivent aux garçons et aux hommes de se montrer agressifs, dominants et émotionnellement détachés (Easton *et al.*, 2014; Eaton et Rose, 2011; Mahalik *et al.*, 2010; Oransky et Marecek, 2009). De plus, certaines normes incitent à tolérer davantage la violence physique lorsqu'elle ne mène pas à des blessures sévères, ou lorsqu'elle est perpétrée par une fille plutôt que par un garçon (Muñoz-Rivas *et al.*, 2021; Ruel *et al.*, 2020; Simon *et al.*, 2010). Dans ce contexte, les garçons qui sont victimes de VRA de la part d'une fille pourraient ne pas se sentir légitimes de la dénoncer ou ne pas être pris au sérieux lorsqu'ils la dénoncent. Ainsi, il peut être difficile pour les garçons de reconnaître des dynamiques amoureuses problématiques, de la VRA subie ou de s'identifier comme *victimes* de VRA, même s'ils connaissent les comportements de violence en contexte de relation amoureuse, comme pousser, frapper, gifler ou brutaliser le partenaire.

Ces normes peuvent donc faire obstacle à la capacité des garçons à reconnaître ces expériences de VRA comme source de détresse, comme si elles constituaient une faille à leur masculinité ou une preuve de vulnérabilité (Martin *et al.*, 2012; Easton *et al.*, 2014). De plus, des études démontrent que l'adhésion aux stéréotypes de masculinité est liée à davantage de détresse psychologique et fait entrave à la capacité à solliciter de l'aide (Easton *et al.*, 2014; Mahalik *et al.*, 2010; Martin *et al.*, 2012). Bien qu'être en mesure d'identifier leur détresse et les comportements violents et problématiques de leurs partenaires agisse comme source de résilience, les études soulignent que les garçons sont moins enclins que les filles à solliciter du soutien en contexte de VRA (Easton *et al.*, 2014; Martin *et al.*, 2012). Il est documenté que non seulement les adolescents, mais également les hommes adultes tendent également à trouver difficile de se reconnaître comme victime, à chercher de l'aide, et à sentir qu'ils sont pris au sérieux lorsqu'ils subissent de la violence conjugale (Mahalik *et al.*, 2010; Vasseur *et al.*, 2020). Cela suggère que l'adhésion aux normes et stéréotypes de genre peut engendrer des obstacles à la recherche d'aide se poursuivant jusque dans l'âge adulte.

Limites de cette recherche et futures études

La présente étude innove en proposant une exploration du vécu de VRA physique chez les garçons adolescents en ayant recours à la fois à des analyses qualitatives et quantitatives. Toutefois, certaines limites doivent être soulignées. Mentionnons que les témoignages ont été obtenus par écrit à l'aide d'une question ouverte, et non par entrevue approfondie. Ainsi, quelques-unes des réponses analysées sont brèves et les éléments contextuels sont peu détaillés. De plus, la formulation de cette question ne portait pas directement sur la VRA, et ne demandait pas spécifiquement de se référer à la relation ou à la période dans laquelle la VRA a été subie, ce qui a pu orienter différemment les réponses. Bien que la mesure utilisée permette de dépister et documenter les comportements de VRA physique vécus, elle ne permet pas de les détailler, d'en décrire le contexte ou les motivations, ni d'approfondir les stratégies de recherche d'aide mises en place par les garçons suivant ces expériences.

Nous constatons que certains participants relatent des événements où ils auraient eux aussi exercé de la violence envers leur partenaire, ce qui suggère la présence dans certains cas de violence bidirectionnelle et des dynamiques d'escalade de violence. Ce constat témoigne de la pertinence de continuer d'étudier les contextes dans lesquels les garçons vivent des expériences de VRA afin de mieux comprendre les dynamiques de violence, le vécu des garçons dans ces situations et les facteurs de risque et de protection associés. Des méthodes qualitatives permettant un plus grand approfondissement du discours et du vécu de VRA des garçons adolescents, tel que le recours à des entrevues approfondies, seraient à privilégier. Les études à venir devraient également se pencher sur les spécificités dans le vécu de VRA physique selon l'orientation sexuelle des participants, afin de nous assurer de développer des interventions adaptées à la diversité des besoins et des réalités relationnelles et sexuelles. Il serait aussi intéressant pour de futures études de répéter les analyses statistiques en utilisant des variables de contrôle, comme avoir subi ou avoir été témoin d'événements de violence durant l'enfance.

Implications pratiques

Ces données font état des préoccupations amoureuses de garçons ayant subi de la VRA physique et appuient la pertinence de mettre en place des interventions éducatives et préventives à propos des relations amoureuses et des dynamiques saines et malsaines. Comme le relèvent les résultats de la présente étude, les thèmes clés à aborder dans ces interventions sont les enjeux liés à la rupture, à l'infidélité, aux conflits, à l'instabilité relationnelle, aux difficultés sexuelles et à la violence.

Les interventions gagneraient à aider les garçons à développer leurs capacités de résilience, entre autres, en les sensibilisant au fait que les garçons peuvent également être victimes de VRA physique, et en les soutenant dans l'identification des différentes formes de VRA, l'identification de leur détresse et le développement de leurs capacités à dévoiler et à chercher du soutien auprès de ressources appropriées (Grych *et al.*, 2015; Helm *et al.*, 2017). En effet, des travaux soulèvent que les garçons et les hommes sont plus réticents à dévoiler des abus subis, mais qu'ils y parviennent plus facilement s'ils sont accompagnés et soutenus dans leurs démarches (Easton, 2013; Martin *et al.*, 2012).

Il semble aussi essentiel d'œuvrer à mettre en place des interventions d'éducation à la sexualité et de prévention de la violence visant à assouplir l'adhésion aux stéréotypes socioculturels de masculinité et à diminuer les attitudes tolérantes envers la violence. Ces initiatives pourraient passer par la promotion de relations amoureuses saines et égalitaires et la reconnaissance que la VRA est inacceptable, peu importe sa sévérité, de façon à encourager les garçons victimes à solliciter de l'aide. Considérant le stoïcisme et la continence émotionnelle que les normes socioculturelles peuvent imposer aux garçons, l'expression saine de leurs ressentis devrait aussi être au centre des interventions éducatives réalisées afin de favoriser la résilience (Easton *et al.*, 2014; Eaton et Rose, 2011; Kassis *et al.*, 2013).

Finalement, notons qu'il reste un vaste travail à faire en ce qui concerne l'accès aux ressources spécialisées pour les garçons (et les hommes) victimes de VRA, d'où l'importance d'intervenir en amont en conduisant des campagnes de sensibilisation destinées aux jeunes, aux intervenants et aux autres adultes significatifs au sujet des premières relations amoureuses et des défis qui leur sont associés. La spécificité de la victimisation chez les garçons devrait être étudiée plus en profondeur afin de favoriser le soutien et la prévention par les pairs qui peuvent agir comme témoins ou confidentes. Les approches ciblant l'entraide par les pairs se sont d'ailleurs révélées être efficaces afin d'améliorer les connaissances au sujet de la VRA, le sentiment d'auto-efficacité, la qualité de la communication et la capacité de résilience (Fernet *et al.*, 2019).

Remerciement

Les auteurs remercient les adolescents, de même que les écoles et commissions scolaires ayant pris part à l'Enquête Parcours Amoureux des Jeunes (PAJ). Nous tenons également à remercier Catherine Moreau pour la coordination du projet et Manon Robichaud pour la gestion des banques de données.

Financement

Cette étude est rendue possible grâce au soutien financier de l'Institut de Recherche en Santé du Canada (IRSC; #103944) accordé à Martine Hébert.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêts à déclarer.

References

- Ali, B., Swahn, M. et Hamburger, M. (2011). Attitudes affecting physical dating violence perpetration and victimization: Findings from adolescents in a high-risk urban community. *Violence and Victims*, 26(5), 669-683. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.26.5.669>
- BBC Three. (2017). *What happens when a woman abuses a man in public?* [vidéo]. https://www.youtube.com/watch?v=GccCWo_eZdw
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Eaton, A. A. et Rose, S. (2011). Has dating become more egalitarian? A 35 years review using Sex Roles. *Sex Roles*, 64(11-12), 843-862.

Expérience amoureuse la plus difficile :
Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses ?

<https://doi.org/10.1007/s11199-011-9957-9>

- Easton, S. D. (2013). Disclosure of child sexual abuse among adult male survivors. *Clinical Social Work Journal*, 41(4), 344-355. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0420-3>
- Easton, S. D., Saltzman, L. Y. et Willis, D. G. (2014). Would you tell under circumstances like that?: Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 460-469. <https://doi.org/10.1037/a0034223>
- Fernet, M., Hébert, M., Dion, J., Fortin, A., Brodeur, G., Dupuis, C. M. et Asselin, M. D. (2019). Les enjeux de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes : Une synthèse des programmes ciblant la recherche d'aide et l'entraide par les pairs [Manuscrit sous presse]. Dans *Pratiques et recherches féministes en matière de violence conjugale. Co-construction des connaissances et expertises*. Presses de l'Université du Québec.
- Foshee, V. A., Linder, F., MacDougall, J. E. et Bangdiwala, S. (2001). Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. *Preventive Medicine*, 32(2), 128-141. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0793>
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., Gottfredson, N. C., Chang, L. Y. et Ennett, S. T. (2013). A longitudinal examination of psychological, behavioral, academic, and relationship consequences of dating abuse victimization among a primarily rural sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 723-729. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.06.016>
- Fourboul, C. V. (2012). Ce que « analyse de données qualitatives » veut dire. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 18(44), 71-88. <https://doi.org/10.3917/rips.044.0071>
- Gallaty, K. et Zimmer-Gembeck, M. J. (2008). The daily social and emotional worlds of adolescents who are psychologically maltreated by their romantic partners. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(3), 310-323. <https://doi.org/10.1007/s10964-007-9248-5>
- García-Díaz, V., Bringas, C., Fernández-Feito, A., Antuña, M. Á., Lana, A., Rodríguez-Franco, L., et Rodríguez-Díaz, F. J. (2017). Tolerance and perception of abuse in youth dating relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(5), 462-474. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1304477>
- Grych, J., Hamby, S. et Banyard, V. (2015). The resilience portfolio model: Understanding healthy adaptation in victims of violence. *Psychology of Violence*, 5(4), 343-354. <https://doi.org/10.1037/a0039671>
- Hébert, M., Blais, M. et Lavoie, F. (2011). *Enquête sur le Parcours amoureux des jeunes - volet I : Enquête longitudinale représentative auprès des jeunes Québécois fréquentant l'école secondaire*. Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Blais, M. et Lavoie, F. (2017). Prevalence of teen dating victimization among a representative sample of high school students in Quebec. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 225-233. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.06.001>
- Hébert, M., Lapierre, A., Lavoie, F., Fernet, M. et Blais, M. (2018). La violence dans les relations amoureuses des jeunes. Dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 97-129). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-dans-les-relations-amoureuses-des-jeunes>
- Helm, S., Baker, C. K., Berlin, J. et Kimura, S. (2017). Getting in, being in, staying in, and getting out: Adolescents' descriptions of dating and dating violence. *Youth & Society*, 49(3), 318-340. <https://doi.org/10.1177/0044118X15575290>
- Kassis, W., Artz, S., Scambor, C., Scambor, E. et Moldenhauer, S. (2013). Finding the way out: A non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 181-199. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.001>
- Koss, M. P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., Ullman, S., West, C. et White, J. (2007). Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31(4), 357-370. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00468.x>
- Machado, A., Hines, D. et Matos, M. (2016). Help-seeking and needs of male victims of intimate partner violence in Portugal. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(3), 255-264. <https://doi.org/10.1037/men0000013>
- Mahalik, J. R., Good, G. E. et Englar-Carlson, M. (2010). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. Dans S. R. Harper et F. Harris III (dir.), *College men and masculinities: Theory, research, and implications for practice* (1ère éd., p. 77-96). Jossey-Bass.
- Martin, C. E., Houston, A. M., Mmari, K. N. et Decker, M. R. (2012). Urban teens and young adults describe drama, disrespect, dating violence and help-seeking preferences. *Maternal and Child Health Journal*, 16(5), 957-966. <http://doi.org/10.1007/s10995-011-0819-4>
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. et González, M. P. (2007). Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.137>
- Oransky, M. et Marecek, J. (2009). "I'm Not Going to Be a Girl!" Masculinity and emotions in boys' friendships and peer groups. *Journal of Adolescent Research*, 24(2), 218-241. <https://doi.org/10.1177/0743558408329951>

Expérience amoureuse la plus difficile :
Qu'en disent les garçons rapportant un vécu de violence physique dans leurs relations amoureuses ?

- Paat, Y. F. et Markham, C. (2019). The roles of family factors and relationship dynamics on dating violence victimization and perpetration among college men and women in emerging adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(1), 81-114. <https://doi.org/10.1177/0886260516640544>
- Pepler, D. (2012). The development of dating violence: What doesn't develop, what does develop, how does it develop, and what can we do about it? *Prevention Science*, 13(4), 402-409. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0308-z>
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-210). Gaetan Morin Editeur.
- Project Unbreakable. (s.d.). <https://projectunbreakable.tumblr.com/post/155746893802/hi-everyone-in-light-of-our-current-political>
- Reyes, H. L. M., Foshee, V. A., Niolon, P. H., Reidy, D. E. et Hall, J. E. (2016). Gender role attitudes and male adolescent dating violence perpetration: Normative beliefs as moderators. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(2), 350-360. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0278-0>
- Ruel, C., Lavoie, F., Hébert, M. et Blais, M. (2020). Gender's role in exposure to interparental violence, acceptance of violence, self-efficacy, and physical teen dating violence among Quebec adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 3079-3101. <https://doi.org/10.1177/0886260517707311>
- Simon, T. R., Miller, S., Gorman-Smith, D., Orpinas, P. et Sullivan, T. (2010). Physical dating violence norms and behavior among sixth-grade students from four US sites. *The Journal of Early Adolescence*, 30(3), 395-409. <https://doi.org/10.1177/0272431609333301>
- Vagi, K. J., Olsen, E. O. M., Basile, K. C. et Vivolo-Kantor, A. M. (2015). Teen dating violence (physical and sexual) among US high school students: Findings from the 2013 National Youth Risk Behavior Survey. *JAMA Pediatrics*, 169(5), 474-482. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3577>
- Van Camp, T., Hébert, M., Guidi, E., Lavoie, F. et Blais, M. (2014). Teens' self-efficacy to deal with dating violence as victim, perpetrator or bystander. *International Review of Victimology*, 20(3), 289-303. <https://doi.org/10.1177/0269758014521741>
- Vasseur, P., Dupont, M. et Rey-Salmon, C. (2020). Hommes victimes de violences conjugales constats et perspectives. *La Revue de Médecine Légale*, 11(2), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2020.03.001>
- Wekerle, C., Leung, E., Wall, A. M., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N. et Waechter, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.006>
- Wolfe, D. A., Scott, K., Reitzel-Jaffe, D., Wekerle, C., Grasley, C. et Straatman, A. L. (2001). Development and validation of the conflict in adolescent dating relationships inventory. *Psychological Assessment*, 13(2), 277-293. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.277>

La résilience de femmes victimes d'agression sexuelle vécue à l'enfance : l'effet du dévoilement

Victoria MARTINEZ¹, Karine BARIL¹ et Marc TOURIGNY²

1 Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

2 Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Correspondance : Victoria Martinez, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais. 283, Alexandre Taché, Gatineau, QC, J8X 3X7
Courriel : marv37@uqo.ca.

Résumé

Objectifs : Déterminer, à partir d'analyses secondaires de données d'une enquête réalisée auprès de femmes victimes d'agression sexuelle vécue à l'enfance (ASE), l'effet du dévoilement sur la résilience à l'âge adulte.

Méthodes : L'échantillon est composé de 86 femmes victimes d'ASE et ne présentant pas de difficultés d'intensité clinique (groupe résilient) qui ont été comparées à 353 femmes victimes d'ASE présentant des difficultés d'intensité clinique (groupe non résilient) afin d'identifier les patrons de dévoilement qui prédisaient leur appartenance au groupe de résilience, en contrôlant pour les caractéristiques de l'ASE, les autres mauvais traitements subis dans l'enfance et différentes données sociodémographiques.

Résultats : Le patron de dévoilement est significativement associé à la résilience. Les participantes ayant dévoilé l'ASE et ayant perçu que l'aide reçue ne les a pas aidées étaient moins susceptibles d'appartenir au groupe de résilience que celles n'ayant jamais dévoilé l'ASE.

Implications : Les réactions envers la victime à la suite du dévoilement d'une ASE et la perception qu'elle a de celles-ci semblent être associées à la résilience des femmes adultes victimes d'ASE. Les résultats montrent la nécessité de programmes de prévention axés sur la proactivité dans la recherche d'aide pour les victimes d'ASE ainsi que des moyens pour sensibiliser et outiller les personnes susceptibles de recevoir un dévoilement d'ASE.

Mots clés : Agression sexuelle dans l'enfance; résilience; dévoilement; psychopathologie; victimes.

Introduction

Au Québec, on estime que près d'une fille sur cinq sera victime d'au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Baril et Laforest, 2018). Les conséquences négatives associées à l'agression sexuelle vécue à l'enfance (ASE) sont nombreuses, peuvent affecter différents domaines de fonctionnement et persister jusqu'à l'âge adulte. Parmi les conséquences de l'ASE possibles à l'âge adulte, on retrouve les troubles de santé mentale, tels que les troubles dépressifs, les troubles liés à l'usage d'une substance, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), l'automutilation et les idéations suicidaires (Hailes et al., 2019; Pérez-Fuentes et al., 2013). D'autres conséquences sur le plan relationnel sont aussi documentées, dont un style d'attachement marqué par l'insécurité et une plus grande détresse conjugale (Vaillancourt-Morel et al., 2014). Ce ne sont toutefois pas toutes les victimes qui feront l'expérience de telles conséquences (Afifi et MacMillan, 2011). Différents auteurs estiment qu'environ 20 % à 45 % des victimes d'ASE ne démontreront pas de symptômes d'intensité clinique et conserveront un fonctionnement normal à l'âge adulte (Domhardt et al., 2015; Dufour et al., 2000). Cette absence de conséquences de niveau clinique est souvent qualifiée de résilience (Meng et al., 2018; Moen et Erickson, 1995). Les études sur la résilience des victimes d'ASE se sont surtout concentrées sur l'influence des caractéristiques individuelles des victimes, telles que leurs stratégies d'adaptation, ainsi que sur la qualité de leur soutien social (Schaefer et al., 2018; Wright et al., 2005). Or, peu ont exploré l'effet du dévoilement sur la résilience de ces victimes, alors que cette expérience implique à la fois le déploiement de stratégies d'adaptation, mais reflète aussi la qualité du soutien de l'entourage. L'objectif de cette recherche est donc d'explorer l'effet du dévoilement sur la résilience de femmes victimes d'ASE.

La résilience des victimes d'ASE

Malgré une absence de consensus sur sa définition (Herrman et al., 2011), différents auteurs définissent la résilience comme la capacité d'un individu à utiliser ses facteurs de protection de manière à conserver ou retrouver un niveau de fonctionnement adéquat ou une bonne santé mentale à la suite d'adversités ou d'événements traumatiques (Meng et al., 2018; Rutter, 1987). Selon le modèle explicatif de Rutter (1987), la résilience est un processus dynamique et fluctuant, modelé par ce qu'il identifie comme étant des facteurs de vulnérabilité (p. ex. un faible niveau d'éducation) et des facteurs de protection internes (p. ex. une satisfaction face à ses relations sociales) ou externes (p. ex. un environnement familial sain). Les facteurs de protection vont modifier ou améliorer les réponses adaptatives d'une personne et ont tendance à diminuer le risque d'effets négatifs que peuvent entraîner divers contextes traumatiques, tels que l'ASE. C'est l'interaction entre ces facteurs qui détermine la présence ou l'absence de résilience des victimes (Dufour et al., 2000; Rutter, 1985).

Il apparaît évident qu'une réalité aussi complexe, subjective et dynamique que la résilience s'accompagne de définitions opérationnelles qui varient selon les études (Luthar et al., 2000). Celles ayant porté sur les victimes d'ASE et autres mauvais traitements, et qui ont considéré la résilience en tant que variable dépendante, soit comme un processus (état de résilience; Luthar et al., 2000) et non comme un trait de personnalité (trait de résilience; Connor et Davidson, 2003), l'ont surtout mesurée par la présence d'un fonctionnement adaptatif ou par l'absence de psychopathologies (Meng et al., 2018). Dans une revue systématique de la littérature sur la résilience d'adultes victimes de mauvais traitements dans l'enfance, 52 % des 85 études recensées avaient utilisé l'absence de psychopathologie, souvent une seule, pour définir la résilience; les autres études considéraient par exemple l'absence de nouvelle victimisation, le fonctionnement relationnel ou des mesures de santé mentale positive (Meng et al., 2018).

Domhardt et ses collègues (2015) ont, quant à eux, réalisé une recension systématique des écrits spécifiquement sur la résilience de victimes d'ASE à différents moments de la vie. Parmi les études recensées considérant la résilience de manière dichotomique, la proportion de victimes d'ASE considérées résilientes à l'âge adulte variait entre 15 % et 47 %. Plus de la moitié des études recensées (57 %) examinaient un seul domaine de la résilience, le plus souvent la santé mentale ou bien le fonctionnement adaptatif sur le plan social, émotionnel ou comportemental. D'autres domaines moins fréquemment utilisés étaient l'estime de soi, la santé physique et la performance académique. Le nombre de domaines considérés était corrélé négativement au taux de résilience. Pour les études menées auprès d'adultes victimes d'ASE et ayant établi au moins un seuil de résilience pour le domaine de la santé mentale, la plupart déterminaient l'absence de psychopathologie en considérant un seul trouble, soit la dépression (p. ex. Liem et al., 1997; Wright et al., 2005) ou le stress post-traumatique (p. ex. Hyman et Williams, 2001).

Les auteurs de cette recension affirment que la définition de la résilience qu'ils ont retenue pour sélectionner les études s'inscrit dans une conceptualisation de la résilience qui est relative. La résilience est dite relative lorsqu'il est possible qu'un individu soit résilient dans un domaine (p. ex. la santé mentale), mais pas dans un autre (p. ex. le

fonctionnement relationnel; Daigneault et al., 2007; Lind et al., 2018). D'autres auteurs estiment cependant qu'une adaptation positive dans plusieurs domaines de fonctionnement est nécessaire pour qualifier une victime de résiliente, ce qui renvoie à la notion de résilience globale (Bogar et Hulse-Killacky, 2006; DuMont et al., 2007), ayant amené certains auteurs à tenir compte notamment des événements de vie stressants ou de difficultés relationnelles et conjugales dans leur conceptualisation de la résilience (Banyard et Williams, 2007; Lind et al., 2018). L'utilisation de plusieurs domaines permettrait d'obtenir une meilleure représentation du fonctionnement réel de la victime.

Les facteurs associés à la résilience des adultes victimes d'ASE

Les facteurs pouvant être associés à la résilience peuvent être d'ordres biologique, psychologique, spirituel, social ou familial (Luthar et al., 2000), et sont régulièrement classés en tant que facteurs liés à l'individu ou l'environnement (Domhardt et al., 2015). Les études ayant porté spécifiquement sur la résilience des adultes victimes d'ASE se sont surtout intéressées aux facteurs individuels de nature psychologique et ont montré que certains processus cognitifs et stratégies d'adaptation sont associés à la présence de résilience, tels qu'un style d'attribution externe, l'optimisme, une estime de soi positive, l'utilisation de stratégies actives de résolution de problèmes, la satisfaction face à la vie et face au rôle social, ou encore la capacité de se pardonner (Domhardt et al., 2015; Kaye-Tzadok et Davidson-Arad, 2017).

Concernant les facteurs environnementaux, il apparaît bien établi que la qualité des relations ainsi que le soutien fourni à différents moments de la vie par la famille d'origine (p. ex. la cohésion familiale, l'affection parentale, les soins prodigués par la mère, le soutien reçu de la part du père dans l'enfance), par le partenaire de vie, et au sein de la communauté (p. ex. le soutien d'adultes significatifs ou de sources formelles de soutien), mais également la satisfaction face au soutien social, contribueraient à la résilience des adultes victimes d'ASE (Domhardt et al., 2015; Lind et al., 2018).

D'autres études ont identifié des caractéristiques sociodémographiques des victimes d'ASE liées à la résilience, telles qu'un niveau d'éducation plus élevé (Hyman et Williams, 2001), une meilleure situation d'emploi (Dufour et Nadeau, 2001) et un revenu annuel plus élevé (Katerndahl et al., 2005). Concernant les caractéristiques des agressions sexuelles vécues, des études ont montré qu'un nombre moins élevé d'agresseurs (Katerndahl et al., 2005), le caractère extrafamilial de l'abus et l'absence de recours à la force physique étaient associés à la résilience des victimes à l'âge adulte (Hyman et Williams, 2001). En ce qui concerne la sévérité de l'abus, une ASE impliquant une pénétration a été associée à un score plus faible de résilience (Lind et al., 2018). Les résultats obtenus par Williams et Nelson-Gardell (2012) soutiennent que la présence d'une situation antérieure d'abus ou de négligence fondée par les services sociaux était négativement associée à la résilience d'adolescents victimes d'agression sexuelle.

Dévoilement de l'ASE et fonctionnement à l'âge adulte

Dévoiler une ASE renvoie au fait de rapporter à au moins une personne l'évènement, que ce soit de manière informelle ou dans un processus formel de recherche d'aide, et que ce soit volontaire ou à la suite d'une invitation à se confier par une autre personne (Ullman, 2002). Une majorité des victimes d'ASE ont dévoilé pour la première fois à l'âge adulte ou n'ont jamais dévoilé leur histoire d'abus (London et al., 2008; McGuire et London, 2020). De manière générale, on reconnaît que les filles, les enfants plus âgés et les enfants ayant vécu des ASE plus sévères et commises par une personne extérieure à la famille sont plus susceptibles de dévoiler ou de dévoiler promptement l'ASE qu'ils ont vécue (Alaggia et al., 2019; Tener et Murphy, 2015). Des facteurs individuels, tels le blâme envers soi-même, la honte ou la peur, mais aussi des facteurs environnementaux, tels des dysfonctions familiales ou un réseau social peu soutenant et qui peuvent laisser craindre les réactions à la suite du dévoilement, apparaissent comme des obstacles qui retardent ou empêchent le dévoilement (Alaggia et al., 2019; Tener et Murphy, 2015).

Les résultats de différentes études suggèrent qu'un long délai avant un premier dévoilement chez les victimes d'ASE est associé, à l'âge adulte, à la présence et la sévérité plus grande de symptômes dépressifs et de TSPT, et de troubles du comportement, en comparaison aux personnes ayant dévoilé promptement ou n'ayant jamais dévoilé (Hébert et al., 2009; Romano et al., 2019; Ruggiero et al., 2004). Même si des études ont mis en lumière les bénéfices d'un dévoilement sur l'adaptation d'enfants ayant été agressés sexuellement (p. ex. Gries et al., 2000), dévoiler n'est pas toujours associé à un meilleur fonctionnement, montrant l'importance de la réponse à ce dévoilement. Des réactions perçues positivement par les victimes à la suite du dévoilement d'une ASE ont été associées à un meilleur fonctionnement à l'enfance (Gries et al., 2000) et à l'âge adulte, incluant moins de symptômes psychologiques et de revictimisation en comparaison aux victimes ayant perçu négativement les réactions de soutien ou à celles n'ayant

jamais dévoilé (Alaggia, 2010; Brenner et Ben-Amitay, 2015; Hyman et al., 2003; Tener et Murphy, 2015; Ullman, 2002). Toutefois, une étude menée auprès de 253 hommes victimes d'ASE dont 78 % avaient effectué un dévoilement, a montré que le fait de rapporter une réponse jugée soutenante ou positive à la suite de leur première expérience de dévoilement n'était pas associée au bien-être ou à la résilience, comparativement à ceux ayant rapporté une réponse non soutenante (Romano et al., 2019).

Le doute, la désapprobation ou le blâme de la part des proches lors du dévoilement de l'ASE peuvent affecter le fonctionnement des victimes, les amener à s'isoler et compromettre leurs relations avec leur entourage (Ullman, 2007). Une réaction négative de la part des proches, telle que perçue par les victimes, a été associée à davantage de symptômes de TSPT (Ullman, 2007), de dissociation et de dénigrement de soi (Everill et Waller, 1995), ainsi qu'à des difficultés dans les stratégies employées pour traiter l'ASE (Simon et al., 2016) chez les victimes à l'âge adulte ou à l'adolescence. Les participants des études de Hong et ses collègues (2011, 2016) qui s'étaient sentis invalidés lors du dévoilement de l'ASE étaient plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression, d'anxiété et de TSPT, ainsi que des manifestations de troubles de la personnalité à l'âge adulte.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au lien entre le dévoilement de l'ASE et la résilience de femmes victimes. Compte tenu des liens bien établis entre la résilience et les stratégies cognitives et de résolution de problèmes des victimes d'ASE, ainsi que la qualité du soutien et des relations avec la famille et les pairs, il s'avère pertinent d'explorer l'association entre l'expérience du dévoilement et la résilience des victimes à l'âge adulte. Cette expérience semble impliquer des caractéristiques individuelles favorisant la recherche d'aide, et refléter la disponibilité d'un réseau social de qualité chez la victime. Ces facteurs ont été identifiés comme des conditions facilitantes au dévoilement ou ont été associés une meilleure satisfaction face au dévoilement, autant à l'enfance (Alaggia et al., 2019) qu'à l'âge adulte (Tener et Murphy, 2015). De plus, d'autres facteurs semblent influencer à la fois la probabilité de dévoiler ainsi que la résilience des adultes victimes d'ASE, tels que les caractéristiques de l'ASE vécue, la présence d'autres mauvais traitements subis dans l'enfance et les caractéristiques sociodémographiques des victimes. Dans ce contexte, l'objectif de cette recherche est de déterminer l'effet du dévoilement sur la résilience de femmes victimes d'ASE, indépendamment et au-delà, des caractéristiques de l'ASE, des autres formes de mauvais traitements vécues dans l'enfance et de leur profil sociodémographique.

Méthode

Échantillon

L'échantillon total comprend 439 femmes ayant rapporté avoir été agressées sexuellement avant l'âge de 18 ans. L'échantillon est issu de la combinaison de deux volets d'une étude plus large qui portait sur les conséquences de l'ASE chez des femmes adultes (pour plus de détails sur la procédure de ces deux volets, voir Baril et Tourigny, 2016), soit : 1) une enquête populationnelle téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 Québécoises ayant identifié 186 femmes victimes d'ASE, et 2) une enquête en ligne menée auprès de 253 femmes adultes victimes d'ASE. Ce nombre de sujets exclut les cas pour lesquels des données manquantes ne permettaient pas de statuer sur la résilience de ces femmes ($n = 29$). Le même questionnaire était utilisé pour les deux volets et comprenait un maximum de 78 questions fermées (choix de réponses). La présence d'ASE était déterminée par le fait d'avoir rapporté avoir vécu avant l'âge de 18 ans au moins une fois des attouchements ou une relation sexuelle complète forcée par un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans et plus d'écart). Les deux items mesurant la victimisation sexuelle dans l'enfance des participantes étaient tirés des travaux de Finkelhor et al. (1990).

La majorité des femmes de l'échantillon étaient âgées de 35 à 64 ans (66,7 %) et avaient comme principale occupation un travail rémunéré (57,2 %) (Tableau 1). Plus du deux tiers (71,8 %) des femmes avaient atteint un niveau de scolarité postsecondaire, et près de 44 % rapportaient avoir fait des études universitaires, ce qui est plus du double de la proportion de diplomation universitaire de 2 % dans la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2010). Près des trois quarts (72,3 %) des participantes avaient au moins un enfant biologique ou adoptif.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes victimes d'ASE ($n = 439$) en fonction de leur appartenance ou non au groupe de résilience

Variables	Total	Groupe Résilient ($n = 86$)	Groupe Non résilient ($n = 353$)	χ^2 (dl)
Âge au moment de l'enquête ($n = 433$)				
18-34 ans	23,8 %	15,1 %	25,9 %	21,71 (2)***
35-64 ans	66,7 %	62,8 %	67,7 %	
65 ans et plus	9,5 %	22,1 %	6,3 %	
Situation d'emploi ($n = 428$)				
Sans emploi (ex : aide sociale ou chômage)	18,0 %	5,8 %	21,1 %	28,68 (3)***
Travail (temps partiel et temps plein)	57,2 %	65,1 %	55,3 %	
Étudiante	10,5 %	2,3 %	12,6 %	
Retraitée	14,3 %	26,7 %	11,1 %	
Niveau de scolarité complété ($n = 429$)				
Primaire	3,7 %	5,8 %	3,2 %	2,79 (3)
Secondaire	24,5 %	27,9 %	23,6 %	
Collégial ou école technique	28,4 %	23,3 %	29,7 %	
Universitaire	43,4 %	43,0 %	43,4 %	
Volet de l'étude ($n = 439$)				
Enquête téléphonique	42,4 %	83,7 %	32,3 %	74,90 (1)***
Enquête en ligne	57,6 %	16,7 %	67,7 %	
Au moins un enfant biologique ou adopté ($n = 437$)				
	72,3 %	81,4 %	70,1 %	4,41 (1)**

Note. * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Procédure

Enquête téléphonique. Ce volet, réalisé en 2009, impliquait une sélection sans substitution des sujets réalisée en deux étapes. Les ménages étaient d'abord sélectionnés aléatoirement parmi les personnes abonnées au téléphone du Québec. Les répondantes ont ensuite été choisies sur la base des critères suivants: être des femmes âgées de 18 ans ou plus et être en mesure de répondre au questionnaire en français ou en anglais. L'engagement à la confidentialité était présenté au début de l'appel et le consentement verbal était obtenu pour toutes les femmes. Des 1 001 femmes issues de ce volet, 199 ont rapporté avoir vécu au moins un épisode d'ASE.

Enquête en ligne. Les participantes issues de ce volet étaient invitées à répondre en ligne à l'enquête de manière autoadministrée. Ces femmes ont été recrutées par l'entremise d'annonces diffusées sur des sites Internet francophones québécois, de type « santé » et « art de vivre », entre mai 2011 et janvier 2013, permettant aux participantes d'être redirigées au questionnaire où les informations concernant l'étude étaient présentées. Elles devaient alors donner leur consentement à participer après avoir pris connaissance des informations concernant l'étude. Au total, 269 participantes dont les réponses confirmaient qu'elles avaient vécu au moins une ASE ont rempli le questionnaire en ligne. Cette étude avait préalablement reçu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche en éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Mesures

Variables dépendantes

Résilience actuelle. À l'instar des définitions utilisées dans la majorité des études sur la résilience des victimes de mauvais traitements et d'ASE (Domhardt et al., 2015; Meng et al., 2018), les femmes du groupe résilient étaient celles qui ne rapportaient aucune des difficultés d'adaptation mesurées dans cette étude. À l'inverse, les femmes du groupe non résilient étaient celles qui avaient rapporté au moins une des sept conséquences suivantes : la présence au cours des 12 derniers mois d'une consommation nuisible d'alcool ou d'un risque de dépendance; la présence dans la dernière année de symptômes d'intensité clinique d'une dépression majeure, de dysthymie ou de TSPT; la présence d'idées suicidaires ou d'une tentative de suicide à l'âge adulte; et le fait d'avoir subi de la violence conjugale dans la dernière année (Tableau 2).

Tableau 2. Prévalence des conséquences de l'ASE au sein de l'échantillon ($n = 439$)

Conséquences à l'âge adulte de l'ASE	<i>n</i>	(%)
Consommation d'alcool nuisible/dépendance ($n = 439$)	68	(15,5 %)
Symptômes de dysthymie d'intensité clinique ($n = 438$)	90	(20,5 %)
Symptômes de dépression majeure d'intensité clinique ($n = 439$)	291	(66,3 %)
Symptômes de stress post-traumatique d'intensité clinique ($n = 439$)	139	(31,7 %)
Idéations suicidaires à l'âge adulte ($n = 300$)	112	(25,5 %)
Tentative de suicide avec ou sans assistance à l'âge adulte ($n = 379$)	79	(18,0 %)
Présence de violence conjugale au cours des 12 derniers mois ($n = 438$)	28	(6,4 %)

Consommation d'alcool nuisible ou risque de dépendance. Les problèmes liés à la consommation d'alcool au cours de la dernière année ont été évalués à l'aide des 10 items du Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001). Pour les femmes, une consommation nuisible d'alcool ou un risque de dépendance équivaut à un score minimal de 7 sur 40. Reinert et Allen (2002) ont accordé à l'AUDIT un coefficient alpha de Cronbach médian de ,80, une valeur qui témoigne de la bonne consistance interne du questionnaire.

Troubles dépressifs. Certains items provenant du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Essau et Wittchen, 1993; Pez et al., 2010) permettaient d'évaluer la présence des symptômes d'une dysthymie et d'une dépression majeure dans les 12 derniers mois (Kessler et Üstün, 2004). Les symptômes de dépression étaient considérés d'intensité clinique lorsque les participantes rapportaient au moins un épisode de dépression majeure d'une durée de deux semaines ou plus dans les 12 derniers mois (humeur déprimée et perte d'intérêt et de plaisir). Ces symptômes devaient aussi avoir persisté pendant au moins une semaine dans le dernier mois. Une humeur dépressive chronique survenant la plupart des jours sur une période minimale de deux ans, sans période asymptomatique de plus de deux mois, définissait les symptômes d'une dysthymie. La valeur prédictive de la section du CIDI portant sur les troubles dépressifs est estimée à 55 % pour la dépression, ce qui signifie que plus de la moitié des répondants atteignant un score clinique avec cet instrument recevrait un diagnostic de dépression majeure. Le CIDI a démontré une bonne validité de contenu et une bonne fidélité interjuges (Reed et al., 1998; Wittchen, 1994).

Trouble de stress post-traumatique. La présence de symptômes de TSPT dans le dernier mois était mesurée à partir de quatre items tirés de la version courte du Primary Care PTSD (Prins et al., 2003), évaluant les quatre facteurs propres au TSPT (selon le DSM-IV; APA, 2000), soit la reviviscence, la dissociation, l'évitement et l'hypervigilance. Une réponse positive à trois items sur quatre confirmait la présence de symptômes de TSPT d'intensité clinique. Cet instrument présente une bonne cohérence interne ($\alpha = ,79$) et une bonne fidélité test-retest ($r = ,84$) (Prins et al., 2003).

Idéations et tentatives suicidaires à l'âge adulte. Une première question demandait aux répondantes si elles avaient déjà sérieusement pensé s'enlever la vie. Une autre question détectait la présence de tentatives suicidaires. Des questions permettaient également de documenter l'âge au moment des premières idéations suicidaires et de la première tentative de suicide, afin de distinguer si elles sont survenues à l'âge adulte. Ces questions proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Kairouz et al., 2008).

Violence conjugale physique. Deux items provenant de l'Enquête sur la violence envers les femmes (Statistique Canada, 2004) ont mesuré la fréquence de violence conjugale physique subie dans la dernière année. La première question évaluait si la répondante avait été menacée d'être blessée par son ou sa partenaire dans les 12 derniers mois, tandis que la deuxième évaluait si elle avait été giflée, poussée ou frappée par son ou sa partenaire pour cette même période. Une réponse positive à l'une de ces questions confirmait la présence de violence conjugale dans les 12 derniers mois. Les répondantes qui ne rapportaient pas de conjoint.e au cours des 12 derniers mois étaient considérées comme n'ayant pas vécu de violence conjugale dans la dernière année.

Variables indépendantes

Dévoilement. Les participantes étaient questionnées quant au fait d'avoir déjà ou non dévoilé l'ASE qu'elles avaient subie, soit d'en avoir parlé à au moins une personne. Pour celles qui avaient dévoilé, une question permettait ensuite de documenter leur perception de l'aide reçue à la suite du dévoilement (« a plutôt aidé ou beaucoup aidé », « n'a ni aidé, ni nui », « a plutôt nui ou beaucoup nui »). Trois patrons de dévoilement ont été créés à partir de ces deux questions : 1) n'a jamais dévoilé l'ASE; 2) a déjà dévoilé et perçoit que l'aide reçue n'a pas aidé (« a ni aidé, ni nui », « a plutôt nui ou beaucoup nui »); et 3) a déjà dévoilé et perçoit que l'aide reçue a aidé (« a plutôt aidé ou beaucoup aidé »).

Caractéristiques des agressions sexuelles. La nature de l'ASE (avec ou sans pénétration), la fréquence (une seule fois ou plus d'une fois), l'âge au moment de la première ASE (0-5 ans; 6-11 ans; 12-17 ans), ainsi que le lien entre la victime et l'agresseur (membre de la famille immédiate, parenté, connaissance, inconnu) ont été documentées auprès des victimes d'ASE à partir de questions à choix de réponses.

Autres mauvais traitements vécus dans l'enfance. La violence psychologique et la violence physique vécues au cours de l'enfance ont été mesurées auprès des répondantes à l'aide de quatre items tirés de l'Enquête sur la violence familiale au Québec (Clément et al., 2000). Les participantes devaient rapporter la fréquence de mauvais traitements subis avant l'âge de 18 ans à l'aide d'une échelle Likert en quatre points allant de « jamais » à « très souvent ». La violence psychologique directe a été définie comme le fait d'avoir été menacée, humiliée ou ridiculisée « souvent » ou « très souvent » pendant l'enfance. La violence psychologique indirecte a été définie comme le fait d'avoir observé au moins « rarement » de la violence physique entre ses parents. La violence physique dans l'enfance a été évaluée à partir de deux items documentant d'abord la violence mineure, soit le fait d'avoir reçu la fessée « souvent » ou « très souvent » pendant l'enfance, et par un second item évaluant le fait d'avoir été frappée plus durement qu'une fessée au moins « rarement », soit la violence sévère. La négligence vécue pendant l'enfance a été mesurée à partir d'une adaptation de trois items du Comprehensive Child Maltreatment Scale for Adults (Higgins et McCabe, 2001), documentant le fait de ne pas avoir reçu les soins de base nécessaires, d'avoir été enfermée seule dans une pièce durant une longue période et que ses demandes d'attention aient été ignorées ou de ne pas s'être fait adresser la parole pendant une longue période. Comme proposé par les auteurs, les répondantes qui obtenaient un score plus élevé que la moyenne de l'échantillon ont été considérées comme ayant vécu de la négligence dans l'enfance (Higgins et McCabe, 2000).

Caractéristiques sociodémographiques. Les données sociodémographiques portaient sur le groupe d'âge auquel les répondantes appartenaient, leur situation d'emploi actuelle, leur niveau d'études complété, et le fait d'avoir un enfant biologique ou adopté, et ont été documentées à l'aide de questions maison. Une variable documentait aussi le volet de l'étude duquel étaient issues les participantes.

Analyses

Des analyses bivariées (chi-carré et test-*t*) ont d'abord été réalisées afin d'identifier les variables qui distinguaient les victimes selon qu'elles appartenaient ou non au groupe de résilience. Les variables montrant une différence significative ($p \leq ,05$) entre les deux groupes ont été incluses dans une régression logistique hiérarchique en trois blocs. Afin d'éviter la multicolinéarité, une variable du nombre total de mauvais traitements dans l'enfance a été créée et retenue pour la régression. Des analyses par blocs hiérarchiques ont été effectuées afin de déterminer la part d'influence de chacune des catégories de facteurs associés à la résilience et d'isoler l'effet des patrons de dévoilement. Tout d'abord, l'âge, la situation d'emploi, le fait d'avoir au moins un enfant et le volet d'étude ont été entrés dans un premier bloc afin de contrôler pour l'effet des caractéristiques sociodémographiques. Puis, les variables liées à la sévérité de l'ASE et au cumul des autres abus, soit la fréquence des ASE, l'ASE impliquant une pénétration et le nombre total d'autres mauvais traitements ont été ajoutées dans un deuxième bloc. Le troisième bloc comprenait la variable des patrons de dévoilement, afin de déterminer la contribution unique de cette variable, indépendamment des deux autres blocs.

Résultats

Analyses bivariées

Le groupe résilient était constitué de 86 participantes (19,6 %) tandis que le groupe non résilient était composé de 353 participantes (80,4 %). Les deux groupes de femmes se distinguaient significativement relativement à leur âge, à leur situation d'emploi, au volet d'étude et à la maternité; les femmes du groupe résilient étant plus susceptibles de provenir de l'enquête téléphonique et d'être mères d'au moins un enfant (Tableau 1). Les femmes ne différaient pas quant à leur niveau de scolarité. Pour ce qui est du dévoilement, les résultats ont révélé une association significative entre les différents patrons de dévoilement et l'appartenance au groupe résilient (Tableau 3). Concernant les caractéristiques de l'ASE et autres mauvais traitements, la présence de pénétration et le fait d'avoir vécu plus d'un épisode d'ASE étaient significativement associés au groupe non résilient. Cependant, l'âge au moment de la première ASE et la nature intrafamiliale de l'agression n'étaient pas associés à la résilience des victimes. Les deux groupes différaient de manière significative pour toutes les formes de mauvais traitements mesurées; les femmes du groupe non résilient étant plus susceptibles d'avoir vécu de la violence psychologique, de la violence physique et de la

négligence dans l'enfance.

Tableau 3. Caractéristiques des femmes victimes d'ASE ($n = 439$) en fonction de leur appartenance ou non au groupe de résilience

Variables	Total	Groupe Résilient ($n = 86$)	Groupe non résilient ($n = 353$)	χ^2/t (dl)
Expérience de dévoilement de l'ASE				
Patrons de dévoilement ($n = 431$)				18,82 (2)***
N'a pas dévoilé l'ASE	19,5 %	28,6 %	17,3 %	
A dévoilé et perçu que l'aide reçue ne l'a pas aidée	41,5 %	21,4 %	46,4 %	
A dévoilé et perçu que l'aide reçue l'a aidée	39,0 %	50,0 %	36,3 %	
Caractéristiques des agressions sexuelles				
Agression sexuelle avec pénétration ($n = 431$)	39,9 %	13,4 %	46,1 %	29,64 (1)***
Plus d'un épisode d'agression sexuelle ($n = 439$)	76,8 %	60,5 %	80,7 %	15,93 (1)***
Âge au moment de la première agression sexuelle ($n = 433$)				1,71 (1)
Enfance (0-11 ans)	66,7 %	60,7 %	68,2 %	
Adolescence (12-17 ans)	33,3 %	39,3 %	31,8 %	
ASE intrafamiliale ($n = 437$)	60,2 %	52,9 %	61,9 %	2,31 (1)
Autres mauvais traitements dans l'enfance				
Violence psychologique directe ou indirecte ($n = 439$)	57,2 %	30,2 %	63,7 %	31,71 (1)***
Violence physique mineure ou sévère ($n = 439$)	42,8 %	20,9 %	48,2 %	20,94 (1)***
Négligence ($n = 439$)	50,3 %	17,4 %	58,4 %	46,31 (1)***
Nombre de mauvais traitements dans l'enfance ($n = 439$)	2,5	1,7	2,7	8,72 (162, 11)***

Note. * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Analyses de régression logistique

Un modèle de départ (Tableau 4) incluant les variables sociodémographiques montre que la situation d'emploi est associée à la résilience; les participantes sans emploi étaient moins susceptibles de se retrouver dans le groupe résilient que les retraitées. Le volet d'étude est aussi associé à la résilience; il était moins probable que les participantes issues de l'enquête en ligne appartiennent au groupe résilient que celles provenant de l'enquête téléphonique. Ce modèle explique près de 31 % de la variance. Dans le modèle 2, où les variables concernant les expériences de victimisation dans l'enfance ont été ajoutées, en plus de la situation d'emploi et le volet d'étude qui demeurent significatifs, l'ASE impliquant une pénétration et le nombre de mauvais traitements dans l'enfance sont significativement associés à la résilience; les femmes qui avaient vécu une pénétration lors de l'ASE ou qui avaient vécu un plus grand nombre de mauvais traitements étaient moins susceptibles d'appartenir au groupe résilient. Ce modèle explique 39 % de la variance. Le modèle final révèle que les patrons de dévoilement, l'ASE impliquant une pénétration et le nombre de mauvais traitements dans l'enfance sont significativement associés à la résilience, et ce, tout en contrôlant pour l'âge, la situation d'emploi, le volet d'étude et le fait d'avoir au moins un enfant. Les femmes ayant dévoilé l'ASE et perçu que l'aide reçue ne les avait pas aidées étaient moins susceptibles de faire partie du groupe résilient que celles qui n'avaient jamais dévoilé. Celles ayant vécu une ASE impliquant une pénétration et celles rapportant un nombre plus élevé de mauvais traitements dans l'enfance étaient moins susceptibles d'appartenir au groupe résilient. Le modèle final explique 41 % de la variance et permet de classer correctement 82 % des participantes de l'échantillon (37 % du groupe résilient et 93 % du groupe non résilient).

Discussion

Notre étude est l'une des premières à explorer l'effet du dévoilement sur la résilience de femmes victimes d'ASE. Nos résultats montrent que, indépendamment de l'influence d'autres facteurs associés à la résilience des victimes, incluant certaines données sociodémographiques, des caractéristiques de l'ASE et la présence d'autres mauvais traitements dans l'enfance, le dévoilement est associé à la résilience des femmes victimes d'ASE. Ainsi, le fait pour une victime de percevoir que l'aide reçue à la suite du dévoilement de leur agression sexuelle ne les a pas aidées les rend moins susceptibles d'appartenir au groupe de résilience et de présenter une absence de conséquences cliniques à l'âge adulte, comparativement à celles n'ayant jamais dévoilé leur agression. Ce résultat montre bien l'importance, dans la compréhension du rétablissement et de l'adaptation des victimes, de s'intéresser à l'expérience du dévoilement plus largement, et non seulement au fait d'avoir ou non déjà dévoilé l'ASE.

La résilience des victimes d'ASE

Cette étude est l'une des rares à considérer plus d'un domaine de résilience et à inclure autant d'indicateurs dans la conceptualisation de la résilience (DuMont et al., 2007). Plusieurs études antérieures se sont limitées à mesurer la résilience des victimes d'ASE en prenant en considération un faible nombre de variables relatives aux psychopathologies, ou en considérant un seul domaine de fonctionnement (Domhardt et al., 2015; Dufour et Nadeau, 2001). Cette façon de définir la résilience ne permet pas d'exclure que les personnes considérées résilientes puissent présenter des difficultés dans d'autres sphères de fonctionnement ou selon différents indicateurs, ce qui affecte grandement la compréhension du phénomène et les facteurs qui y sont associés. Dans cette étude, nous avons conceptualisé plus globalement la résilience en la définissant par l'absence de plusieurs difficultés à long terme associées à l'ASE, à la fois sur les plans psychologique et relationnel, suggérant un niveau de fonctionnement adaptatif des victimes du groupe résilient dans diverses sphères à l'âge adulte. Malgré cette définition plus stricte, nous avons identifié dans notre échantillon près de 20 % de femmes victimes d'ASE qui rencontraient notre définition de la résilience, et notre étude a montré que des facteurs étaient associés à ce profil de fonctionnement distinct. Dans l'étude de Wright et ses collègues (2005), cette prévalence de résilience passait de 82 % à 21 % selon que les victimes étaient considérées comme étant résilientes dans un seul versus quatre domaines de fonctionnement. On observe qu'une définition de la résilience qui implique davantage de domaines de fonctionnement non affectés se reflète généralement par une prévalence plus faible de résilience, concordant avec la prévalence obtenue dans cette étude (Domhardt et al., 2015).

Le dévoilement des victimes d'ASE

Différentes études montrent qu'environ le tiers des adultes survivant d'ASE n'a jamais dévoilé les événements à quiconque, et pour les victimes qui l'ont fait, une proportion importante d'entre elles les ont dévoilés plusieurs années après (Hébert et al., 2009; London et al., 2008). Dans notre étude, 20 % des femmes rapportaient n'avoir jamais parlé à quelqu'un de l'ASE qu'elles avaient vécue. Pour les 80 % de femmes qui avaient dévoilé à au moins une personne, une importante proportion (52 %) soutenait que l'aide reçue à la suite de ce dévoilement ne les avait pas aidées. Nos résultats montrent que ces dernières sont plus susceptibles de présenter au moins une des sept conséquences de l'ASE mesurées dans notre étude, en comparaison à celles qui n'ont jamais dévoilé ces abus. Cela montre à quel point prendre seulement en compte le fait d'avoir dévoilé n'est pas suffisant pour comprendre le rétablissement des victimes d'ASE. Les réactions et les réponses faisant suite à ce dévoilement, ou du moins la perception qu'en a eu la victime doivent aussi être considérées comme de potentiels facteurs de résilience. Ce constat amène à montrer que le processus de guérison et l'adaptation des victimes d'ASE ne reposent pas uniquement sur leurs caractéristiques personnelles et leurs stratégies pour faire face à l'adversité, mais également sur les réactions de l'entourage, voire les réponses sociales à un dévoilement. Ces constats plaident en faveur d'une perspective de la prévention et du soutien aux victimes d'ASE qui tiennent compte à la fois de variables personnelles chez la victime et de conditions de l'environnement. Toutefois, considérant que le recours à des stratégies actives de résolution de problème ainsi que la disponibilité et la qualité des relations sont à la fois associées à une plus grande probabilité de dévoiler et une meilleure adaptation des victimes d'ASE (Alaggia et al., 2019; Domhardt et al., 2015; Lind et al., 2018; Tener et Murphy, 2015), nos résultats pourraient aussi refléter la présence de ces facteurs de protection dans la vie des victimes, et non seulement l'expérience du dévoilement.

Forces et limites

En plus du caractère novateur de notre étude, celle-ci satisfait presque tous les critères de qualité méthodologique évalués dans la recension de Domhardt et al. (2015) portant sur la résilience des victimes d'ASE et s'appliquant aux études sur les adultes, incluant les critères les moins rencontrés dans les études recensées. Sur la base de ces critères, le recours à un échantillon non clinique, une taille d'échantillon supérieure à 300 participants, une taille de groupe résilient supérieur à 50, une définition explicite de l'ASE, une définition explicite de la résilience, et la considération de plus d'un domaine de résilience constituent des forces de notre étude. L'utilisation d'un large échantillon non clinique a ainsi permis de mettre en lien le dévoilement avec la résilience des victimes d'ASE, et ce, en contrôlant pour l'influence de différentes variables, favorisant de bonnes validités interne et externe de l'étude.

Nous devons toutefois prendre en considération certaines limites dans l'interprétation des résultats de notre étude. D'abord, le fait de considérer le dévoilement en ne prenant pas en compte d'autres variables objectives, tels que l'âge lors du premier dévoilement, le délai de dévoilement, le nombre de dévoilements, les personnes à qui la personne a dévoilé ou encore les réponses et réactions à la suite du dévoilement limitent la compréhension des liens entre cette expérience et la résilience des victimes. D'autres études devront se pencher sur ces caractéristiques pour mieux comprendre la résilience des victimes d'ASE, en plus de s'intéresser aux facteurs qui sont associés aux différents patrons de dévoilement. Une autre limite de l'étude est que la nature transversale du devis de recherche ne permet pas de savoir si la résilience évaluée chez les victimes à l'âge adulte est présente depuis toujours ou si elle reflète l'atteinte d'un niveau de rétablissement chez les victimes, ce qui expliquerait que les femmes du groupe résilient étaient plus susceptibles d'être âgées de 65 ans et plus. En plus de la nature rétrospective de cette étude qui entraîne un risque de biais de rappel chez les victimes, la collecte de données de l'étude originale a débuté il y a plus de dix ans. Les résultats doivent donc être interprétés en conséquence, puisque la réalité des participantes pourrait ne pas refléter les plus récents changements sociaux et les politiques mises en place en matière de violence sexuelle.

Enfin, malgré une conceptualisation de la résilience qui dépasse les limites de plusieurs études antérieures, il peut s'avérer réducteur d'un point de vue clinique de considérer la résilience de manière dichotomique par l'absence de troubles de santé mentale et de violence conjugale dans la dernière année. Force est de constater qu'évaluer la résilience à un moment précis de la vie d'un individu est un défi méthodologique et que peu d'études parviennent à refléter la complexité du phénomène avec leur opérationnalisation de la résilience. La mesure simultanée de plusieurs indicateurs de fonctionnement dans davantage de domaines, et plus particulièrement la considération de mesures de santé mentale positive, permettrait de mieux refléter la résilience des adultes victimes d'ASE (Domhardt et al., 2015). L'opérationnalisation de la résilience de manière continue pourrait permettre de mieux tenir compte des variations individuelles dans les réponses et l'adaptation à un événement traumatique comme l'ASE (Lind et al., 2018).

Implications

Les résultats de l'étude ont principalement des implications cliniques en matière de prévention secondaire et tertiaire des ASE. Historiquement, la prévention des ASE s'est centrée sur les enfants et les adolescents afin de les outiller à ce qu'ils ne soient pas agressés sexuellement, mais aussi à dévoiler une agression sexuelle à un adulte de confiance afin qu'ils puissent recevoir la protection et les services nécessaires (Tourigny et Baril, 2019). Nos résultats montrent qu'une proportion importante de victimes n'ont jamais dévoilé les abus, même plusieurs années plus tard, soutenant le maintien d'initiatives de prévention efficaces afin d'augmenter le dépistage des enfants agressés sexuellement. Nos résultats confirment aussi la nécessité que les programmes de prévention de l'ASE destinés aux enfants visent la proactivité dans la recherche de soutien pour favoriser leur résilience. Mais nos résultats montrent surtout l'importance de sensibiliser et d'outiller l'ensemble de la population, ainsi que les professionnels, afin que les victimes soient davantage susceptibles de percevoir le dévoilement comme une étape aidante dans leur rétablissement.

En effet, un résultat central de notre étude est que le fait de dévoiler n'est pas suffisant pour aider les victimes d'ASE, et peut même s'avérer nuisible si l'aide reçue n'est pas jugée aidante. Il faut ainsi améliorer la capacité des proches et des professionnels à offrir une réponse face à un dévoilement d'ASE qui favorise la guérison de la victime, c'est-à-dire de minimalement croire l'enfant et de s'assurer qu'il reçoive l'aide dont il a besoin, notamment en signalant la situation aux autorités. Il est aussi possible que des victimes ayant perçu leur dévoilement comme ne les ayant pas aidées n'aient pas obtenu cette réponse à la suite de leur dévoilement, mais aussi qu'elles n'aient pas reçu de services adaptés à leurs besoins, montrant bien l'importance d'offrir à tous les enfants victimes des services dont l'efficacité est reconnue et répondant à leurs besoins. Enfin, plus de 80 % des victimes d'ASE de notre échantillon présentent à l'âge adulte des difficultés d'adaptation, montrant bien la nécessité d'offrir des services thérapeutiques efficaces à ces personnes, même plusieurs années après les abus.

Conclusion

En somme, les résultats de cette étude montrent les limites d'une perception de la résilience en tant que caractéristique individuelle et appuient les modèles et recherches considérant l'environnement social dans la compréhension de la résilience. Un cadre d'analyse du dévoilement des victimes d'ASE reflétant la personne en interaction avec son environnement est à prioriser pour mieux comprendre les répercussions des ASE, et pour favoriser l'identification de moyens pour améliorer les environnements, non seulement pour faciliter le dévoilement, mais aussi pour favoriser des réponses de soutien associées à une meilleure adaptation (Mathews et Collin-Vézina, 2016). Ce constat encourage l'adoption d'une perspective écologique du dévoilement des victimes d'ASE, dans laquelle le

rétablissement et l'adaptation des victimes seraient une responsabilité sociale partagée par l'ensemble de la communauté, et non seulement portée par les victimes (Alaggia et al., 2019).

Financement

Cette étude a été en partie financée par la Chaire de recherche interuniversitaire de la Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Alaggia, R. (2010). An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: Considerations for child and adolescent mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry/Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 19*(1), 32-39. <https://hdl.handle.net/1807/77651>
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 260-283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd. rév.)*.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test*. (2^e éd.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 275-290. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.016>
- Baril, K., & Laforest, J. (2018). *Les agressions sexuelles. Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Baril, K., & Tourigny, M. (2016). Facteurs maternels associés au cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance parmi des femmes de la population générale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 48*(4), 266-277. <https://doi.org/10.1037/cbs0000052>
- Bogar, C. B., & Hulse-Killackey, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development, 84*(3), 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Brenner, I., & Ben-Amitay, G. (2015). Sexual revictimization: The impact of attachment anxiety, accumulated trauma, and response to childhood sexual abuse disclosure. *Violence and Victims, 30*(1), 49-65. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00098>
- Clément, M. E., Bouchard, C., Jetté, M., & Laferrière, S. (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-1999.pdf>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2007). Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*(2), 415-434. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.002>
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims, 16*(6), 655-672.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 781-797. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00141-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00141-1)
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 255-274. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015>
- Essau, C. A., & Wittchen, H.-U. (1993). An overview of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of*

- Methods in Psychiatric Research*, 3(2), 79-85.
- Everill, J., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 19(1), 93-100. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)00102-Z](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)00102-Z)
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90077-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90077-7)
- Gries, L. T., Goh, D. S., Andrews, M. B., Gilbert, J., Praver, F., & Stelzer, D. N. (2000). Positive reaction to disclosure and recovery from child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(1), 29-51. https://doi.org/10.1300/J070v09n01_03
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9(1), 6-18. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0852\(200001/02\)9:1<6::AID-CAR579>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0852(200001/02)9:1<6::AID-CAR579>3.0.CO;2-W)
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7-28. <https://doi.org/10.5172/jfs.7.1.7>
- Hong, P. Y., Ilardi, S. S., & Lishner, D. A. (2011). The aftermath of trauma: The impact of perceived and anticipated invalidation of childhood sexual abuse on borderline symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 360. <https://doi.org/10.1037/a0021261>
- Hong, P. Y., & Lishner, D. A. (2016). General invalidation and trauma-specific invalidation as predictors of personality and subclinical psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 89, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.016>
- Hyman, B., & Williams, L. (2001). Resilience among women survivors of child sexual abuse. *Affilia*, 16(2), 198-219. <https://doi.org/10.1177/08861090122094226>
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 18(5), 295-300. <https://doi.org/10.1023/A:1025117311660>
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Portrait social du Québec: données et analyses*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/portrait-social-du-quebec-donnees-et-analyses-edition-2010.pdf>
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L. P., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois: enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2). Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/troubles-mentaux-toxicomanie-et-autres-problemes-lies-a-la-sante-mentale-chez-les-adultes-quebecois-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-cycle-12.pdf>
- Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 258-264. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000158362.16452.2e>
- Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2017). The contribution of cognitive strategies to the resilience of women survivors of childhood sexual abuse and non-abused women. *Violence Against Women*, 23(8), 993-1015. <https://doi.org/10.1177/1077801216652506>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Liem, J. H., James, J. B., O'Toole, J. G., & Boudewyn, A. C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), 594-606. <https://doi.org/10.1037/h0080257>
- Lind, M. J., Brown, R. C., Sheerin, C. M., York, T. P., Myers, J. M., Kendler, K. S., & Amstadter, A. B. (2018). Does parenting influence the enduring impact of severe childhood sexual abuse on psychiatric resilience in adulthood? *Child Psychiatry & Human Development*, 49(1), 33-41. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0727-y>
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16(1), 29-47. <https://doi.org/10.1080/09658210701725732>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2016). Child sexual abuse: Raising awareness and empathy is essential to promote new public health responses. *Journal of Public Health Policy, 37*(3), 304-314. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.21>
- McGuire, K., & London, K. (2020). A retrospective approach to examining child abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect, 99*, Article 104263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104263>
- Meng, X., Fleury, M.-J., Xiang, Y.-T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*, 453-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Moen, P., & Erickson, M. A. (1995). Linked lives: A transgenerational approach to resilience. In *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10176-005>
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry, 54*(1), 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>
- Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G., Jordanova, V., Garcia-Mahia, C., Mateos-Alvarez, R., Prince, M., Tudorache, B., & Blatier, C. (2010). Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(12), 1149-1159. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0158-6>
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F. D., & Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry, 9*(1), 9-14. <https://doi.org/10.1185/135525703125002360>
- Reed, V., Gander, F., Pfister, H., Steiger, A., Sonntag, H., Trenkwalder, C., Sonntag, A., Hundt, W., & Wittchen, H. U. (1998). To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 7*(3), 142-155. <https://doi.org/10.1002/mpr.44>
- Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(2), 272-279. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x>
- Romano, E., Moorman, J., Ressel, M., & Lyons, J. (2019). Men with childhood sexual abuse histories: Disclosure experiences and links with mental health. *Child Abuse & Neglect, 89*, 212-224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.010>
- Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the National Women's Study. *Child Maltreatment, 9*(1), 62-77. <https://doi.org/10.1177/1077559503260309>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*(6), 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnine, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child Abuse & Neglect, 85*, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.019>
- Simon, V. A., Feiring, C., & Cleland, C. M. (2016). Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse. *Psychology of Violence, 6*(1), 112-123. <https://doi.org/10.1037/a0038264>
- Statistique Canada. (2004). *Recherche sur la violence contre les femmes*. Industrie, Science et Technologie Canada.
- Tener, D., & Murphy, S. B. (2015). Adult disclosure of child sexual abuse: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 391-400. <https://doi.org/10.1177/1524838014537906>
- Tourigny, M., & Baril, K. (2019). Les interventions en matière d'agressions sexuelles envers les enfants. Dans M.E. Clément & S. Dufour (Éds). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, tome 2 (pp. 157-170). Les Éditions CEC.
- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*(1), 89-121. https://doi.org/10.1300/J070v12n01_05
- Ullman, S. E. (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(1), 19-36. https://doi.org/10.1300/J070v16n01_02
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Sabourin, S., Péloquin, K., & Wright, J. (2014). Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, 1*(3), 21-41. <https://doi.org/10.3917/cnmi.132.0021>
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 36*(1), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.004>

- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research, 28*(1), 57-84. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0022-3956(94)90036-1)
- Wright, M. O. D., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 29*(10), 1173-1193. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.004>

Développer la résilience chez les jeunes trans et non binares : un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth

Denise MEDICO¹

¹ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Auteur de correspondance: Denise Medico, Ph.D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8
Courriel : medico.denise@uqam.ca.

Résumé

Notre objectif est de participer à la fondation des bases théoriques et empiriques des approches transaffirmatives pour les jeunes trans et non binares (JTNB). Nous proposons un modèle dont les bases théoriques s'ancrent dans l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth et dont les moyens et les outils d'intervention sont développés à partir des écrits sur les facteurs de résilience chez cette population spécifique. La recherche de ces 10 dernières années a montré que les oppressions que les JTNB vivent tout au long de leur développement ont un impact délétère sur leur santé mentale. La question qui se pose aujourd'hui aux intervenant.e.s est donc comment favoriser la résilience ? Pour y répondre, nous proposons quatre niveaux d'intervention basés sur les niveaux de reconnaissance sociale d'Axel Honneth et les travaux sur l'intersubjectivité en psychologie : subjectif, intersubjectif, communautaire et légal. En fonction de ces niveaux, les approches transaffirmatives développent des interventions qui ont les objectifs de favoriser : 1) un sens de soi incarné et positif par la construction identitaire et le dépassement des séquelles de la transphobie; 2) la confiance en soi par des liens interpersonnels validants; 3) l'estime de soi par la fierté d'être trans et l'ancrage communautaire; 4) le respect de soi par la possibilité de vivre dans le genre désiré en sécurité et avec équité.

Mots clés : transgenre; non binaire; jeunes; résilience; transaffirmatif; Honneth.

Un modèle pour les interventions transaffirmatives

Les jeunes trans et non-binaires (JTNB) ne se sentent pas confortables dans le sexe/genre qui leur a été assigné à la naissance et ne s'y identifient pas (Richards, 2020). Cette non-identification au genre assigné entraîne des discriminations, oppressions structurelles ainsi qu'un stress minoritaire (Meyer, 2013) qui s'exercent tout au long de leur développement puisqu'ils grandissent dans une société hétérocisnormée construite sur une conception binaire du genre. Par la notion de sexe/genre, nous faisons référence à un système symbolique, social et politique qui donne aux individus un destin social en fonction du sexe qui leur est assigné (Butler, 1990). Il prescrit ce qu'ils sont censés vivre, ressentir et exprimer, il définit les corps et distribue inéquitablement les pouvoirs et les ressources économiques. Si ce système est vécu comme suffisamment adéquat par certain.e.s – les personnes dites cisgenres, il est par contre inadapté pour les personnes trans, non binaires, agenres ou fluides (Medico, 2019; Richards et al., 2016). Ceci implique pour les JTNB de se construire comme individu en dehors des discours sociaux dominants et de devoir en porter les conséquences identitaires, sociales, relationnelles, corporelles, médicales, économiques, juridiques, politiques et symboliques (Medico, 2020). Pour accompagner ces jeunes vers un mieux-être et une affirmation positive de soi, des approches transaffirmatives sont actuellement en développement dans plusieurs champs de l'intervention sociale et de santé (Ehrensaft, 2011; Pullen Sansfaçon et Medico, 2021; Riggs, 2019; Spivey et Edwards-Leeper, 2019). Ces approches se développent en parallèle aux preuves scientifiques qui démontrent l'impact négatif sur la santé mentale des approches correctives ou « thérapies de conversion » (Ehrensaft et al., 2018; Leibowitz et al., 2020; Turban et Ehrensaft, 2018; Turban et al., 2020). Notre objectif est ici de participer à la fondation des bases théoriques et empiriques des approches transaffirmatives. Plus précisément nous proposons un modèle conceptuellement cohérent et basé sur les preuves concernant les facteurs de résilience chez les JTNB.

Qui sont les jeunes trans et non binaires et quels sont leurs besoins

Dans les pays¹ où des études robustes ont évalué qui et combien de jeunes s'identifient comme transgenres, les proportions les plus récentes varient entre 1,2 et 2,7 % selon la revue systématique et méta-analyse de Zhang et al. (2020). Toujours selon cette étude, si une définition plus large est utilisée dans les enquêtes, telle qu'une incongruence et une ambivalence face au genre, les prévalences vont de 2,5 à 8,4 % (Zhang et al., 2020). Parmi ces jeunes une proportion grandissante se décrit comme non binaire et de genre fluide (Motmans et al., 2019; Taylor et al., 2020) et le ratio de personnes assignées *filles* à la naissance dépasse depuis quelques années celui des personnes assignées *hommes* (Steensma et al., 2018).

À l'heure actuelle, on a tendance à considérer que les jeunes non-binaires, agenres et de genre fluide font partie de la catégorie des jeunes trans et, dans ce texte, nous suivrons cette tendance puisque nous mettons l'accent sur les oppressions que partagent les JTNB dans nos systèmes sociaux hétérocisnormatifs. Toutefois, les jeunes non binaires, agenres et de genre fluide sont encore moins conformes aux expressions stéréotypées et socialement acceptées du genre. Ceci les rend encore plus vulnérables aux discriminations et aux micro-agressions, notamment de type mégenrage, l'accès aux soins d'affirmation de genre leur est plus difficile et les interventions médicales sont moins adaptées à leurs besoins (Brennan et al., 2017; Motmans et al., 2019; Rimes et al., 2019). Il semble que chez les jeunes qui demandent des traitements médicaux de confirmation de genre, les jeunes non binaires, de plus en plus nombreuses (Twist et de Graaf, 2019) vivent plus d'anxiété, de dépression et présentent une moins bonne estime de soi que les jeunes trans binaires (Thorne et al., 2019).

Les écrits sont consensuels sur la vulnérabilité exacerbée des JTNB face à la souffrance psychique : les symptomatologies les plus rapportées sont la dépression, l'anxiété, les idéations et conduites suicidaires, les troubles alimentaires et les conduites autodestructrices et automutilatoires (Arcelus et al., 2016; Bauer et al., 2013; Clark et al., 2014; Connolly et al., 2016; Diemer et al., 2015; Olson, Schragar et al., 2015; Puckett et al., 2019; Reisner et al., 2016; Rimes et al., 2019; Röder et al., 2018; Watson et al., 2017). L'association entre cette vulnérabilité accrue et les discriminations, les oppressions structurelles et le stress minoritaire est également largement documentée dans les écrits tant sur des échantillons d'adolescent.e.s que sur des jeunes adultes (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman, Davey et al., 2016; Brennan et al., 2017; Chodzen et al., 2019; Ehrensaft et al., 2018; Gorman et al., 2020; Hatchel et al., 2019; Testa et al., 2012, 2017; Veale et al., 2017; White Hughto et al., 2015). Cette symptomatologie semble la plus aigüe au moment de la puberté, mais il semble que même chez les enfants la potentielle suicidalité inquiète les parents (MacMullin et al.,

¹ La recension systématique des écrits et méta-analyse de Zhang et al. (2020) a retenu 19 publications basées sur des études provenant d'échantillons des États-Unis (13 études), de la Hollande (2) et une seule pour Suède, Belgique, Taiwan et Nouvelle-Zélande.

2020). Le suicide est d'ailleurs une des questions les plus débattues pour cette population à très haut risque (Grossman et al., 2016; McNeil et al., 2017; Testa et al., 2012, 2017).

Développer des interventions qui permettent de dépasser les séquelles des oppressions et qui comprennent la souffrance des JTNB de manière globale s'impose (McNeil et al., 2017; Puckett et al., 2019; Watson et Veale, 2018; Zeeman et al., 2017). L'objectif final est de donner un avenir à ces jeunes chez qui il a été documenté que les perspectives pour le futur, comme l'espoir d'avoir une place dans la société, un emploi ou une vie heureuse sont faibles, les JTNB se sentant aussi très incompris et rejetés par les adultes et les personnes cisgenres (Singh et al., 2014). C'est pourquoi les approches transaffirmatives visent essentiellement à favoriser la résilience. Le concept de résilience dans ce contexte correspond à ce que Singh (2013) définit dans une étude qualitative sur les mécanismes de résilience des jeunes trans racisés, soit : « [the] *ability to « bounce back » from challenging experiences* » (p. 692).

Un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance et les preuves scientifiques sur la résilience chez les JTNB

Nous nous inscrivons dans les travaux de Sauvé et Pullen Sansfaçon (2021) qui dans un chapitre sur les fondements juridiques et éthiques des interventions transaffirmatives défendent l'idée que la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth (2000, 2006) offre un socle conceptuel nécessaire et cohérent avec les buts de l'approche transaffirmative.

Les travaux en philosophie politique d'Axel Honneth (2000, 2006) visent le développement d'une société plus juste et d'une « vie bonne » (Butler, 2012) pour toutes. L'auteur défend l'idée que l'expérience que les individus font de la reconnaissance de leur existence par les autres, soit dans l'espace intersubjectif, est nécessaire pour l'atteinte d'une société juste et équitable. Cette reconnaissance permet aux personnes de se reconnaître elles-mêmes comme dignes d'avoir une existence, des projets et une « vie bonne ». Selon Honneth, la reconnaissance sociale s'exprime à trois niveaux : les relations primaires (amour, amitié), les relations juridiques (droits), la communauté de valeurs (solidarité) - « l'expérience de l'amour donne ainsi accès à la confiance en soi, l'expérience de la reconnaissance juridique au respect de soi, et l'expérience de la solidarité, enfin [à] l'estime de soi » (Honneth, 2000, p. 290). Il se réfère aussi aux travaux sur les relations d'objet en psychologie de Donald Winnicott (1965) et ceux de Daniel Stern (1998) sur l'intersubjectivité pour comprendre comment les mécanismes relationnels fondent la relation à soi.

Bien qu'Honneth ait mis implicitement la reconnaissance subjective au centre de son modèle, il n'a toutefois pas formalisé ce que serait cette reconnaissance subjective – ou relation à soi – car tel n'était ni son but ni son champ d'application. Or, pour les besoins d'une application en psychothérapie, nous avons jugé nécessaire de l'ajouter explicitement dans un modèle qui comprendrait ainsi quatre niveaux. Ces niveaux définissent quatre types d'objectifs pour les interventions transaffirmatives. Le niveau de relation à soi est un ajout de notre part, les trois autres sont repris d'Honneth (2006, p. 222). Ces objectifs peuvent être atteints en travaillant sur plusieurs questions et avec certains outils en fonction de ce que montrent les écrits actuels sur la résilience chez les JTNB. Le Tableau 1 résume les niveaux de reconnaissance, les objectifs d'intervention et les principales pistes d'intervention selon les écrits scientifiques.

Pour étoffer ce modèle, nous présentons une synthèse des pistes identifiées dans les écrits en les organisant par niveau de reconnaissance ainsi que des suggestions d'applications concrètes pour les interventions. Cette synthèse se base sur une revue narrative des écrits portant sur les facteurs de résilience chez les JTNB incluant, tant des travaux quantitatifs que qualitatifs de 2011 à 2021². Seules les publications discutant spécifiquement des JTNB, en anglais et en français, ont été retenues. Nous n'avons pas retenu les travaux portant sur des modèles d'évaluation, des échelles de mesure et les descriptions de procédures médicales. Notre corpus se compose de 89 articles empiriques publiés dans des revues avec arbitrage, 20 recensions des écrits, articles de synthèse et éditoriaux dans des revues avec arbitrage, cinq ouvrages écrits ou dirigés par des clinicien.e.s et chercheur.e.s d'expérience sur les approches transaffirmatives et le développement de l'identité trans, deux rapports de recherche et un chapitre issu d'un ouvrage collectif (autre que les cinq ouvrages mentionnés).

² De manière générale, on observe dans les écrits scientifiques un changement de paradigme autour de 2011 - raison pour laquelle nous avons choisi cette date pour débiter la revue des écrits. Ceci est patent lorsque l'on compare les deux revues systématiques des écrits (Moradi et al., 2016; Tankersley et al., 2021).

Tableau 1. Niveaux de reconnaissance, objectifs d'intervention et principales pistes d'intervention pour favoriser la résilience des JTNB selon les écrits scientifiques.

Niveaux de reconnaissance	Objectifs d'intervention	Principales pistes d'intervention
Subjective : relation à soi	Un sens de soi incarné et positif	Construire une identité de genre confortable Développer un rapport positif au corps Dépasser les impacts de la transphobie et de la transphobie intériorisée
Intersubjective : relations primaires	La confiance en soi	Être reconnu.e.x dans son genre Être soutenu.e.x par sa famille/parents Être soutenu.e.x par ses ami.e.x.s et se sentir connecté.e.x à son école Pouvoir développer une intimité affective et sexuelle positive
Communautaire : communauté de valeurs	L'estime de soi par la fierté d'être trans	S'engager dans des groupes de JTNB Trouver un espace sécuritaire pour s'exprimer et partager (groupe communautaire ou réseaux sociaux) Pouvoir accéder à des modèles positifs
Légale : relations juridiques	Le respect de soi	Avoir la possibilité de vivre dans son genre désiré en sécurité et en étant reconnu socialement et légalement dans tous les contextes de vie Avoir accès aux soins d'affirmation de genre avec des professionnel.l.e.x.s compétent.e.x.s

La reconnaissance subjective

L'objectif de ce niveau d'intervention est de permettre aux jeunes de construire un sens de soi positif. Le sens de soi est un concept de psychologie humaniste provenant de Carl Rogers (1959) qui recoupe l'estime de soi, les projections de soi et l'image de soi. Il s'agit d'éléments fondamentaux pour les bases d'un bon fonctionnement psychique et relationnel. Dans cette optique, la construction de soi et de son identité, le fait que celle-ci soit incarnée, donc vécue corporellement, mais aussi émotionnellement, fait en sorte que dans les facteurs subjectifs que l'on retrouve dans les travaux abordent principalement trois questions : 1) la construction d'une identité de genre confortable; 2) le rapport au corps et le sentiment positif envers soi; 3) le dépassement des impacts de la transphobie et de la transphobie intériorisée.

La construction d'une identité de genre confortable est probablement l'enjeu premier des JTNB. L'on sait que le développement d'un sentiment d'identité de genre différent de celui assigné à la naissance peut parfois apparaître dès l'âge de 3-4 ans (Ehrensaft, 2011) et en moyenne survient entre les âges de 5 et 8 ans (Beemyn et Rankin, 2011; Olson, Schragger et al., 2015). Les travaux qualitatifs sur les JTNB indiquent que la possibilité de s'identifier comme personne non cisgenre est le premier pas vers un mieux-être et que cela est un processus (Budge et al., 2018; Kuper et al., 2018; Medico, Pullen Sansfaçon et al., 2020; Singh, 2013). Les jeunes racontent le développement de leur identité en identifiant le plus souvent comme origine un profond malaise, une souffrance, un sentiment de ne pas correspondre à ce qui est attendu et de ne pas se sentir comme les autres. Ensuite iels parlent d'un cheminement intérieur pour se comprendre, mettre des mots, se reconnaître et pour avoir le courage de le dire. Ce cheminement jusqu'au *coming out* peut prendre plusieurs années, mais est le plus souvent vécu en secret.

Dans l'une des premières études quantitatives sur un échantillon représentatif mené en Nouvelle-Zélande auprès de 8166 jeunes âgés de 13 à 18 ans, 96 ont dit être transgenres, parmi eux 27,3 % l'ont su avant l'âge de 8 ans, 17,9 % entre 8 et 11 ans et 54,8 % à 12 ans ou plus (Clark et al., 2014). Dans cette même étude, 65,2 % ne l'avaient dit à personne avant de répondre au questionnaire. Se concentrer sur le moment de la révélation à l'entourage n'est pas suffisant pour comprendre les parcours de vie puisqu'une partie importante des jeunes cache leurs questionnements, ou même la certitude d'être trans, pendant des années. Dès l'âge préscolaire, les enfants comprennent les stéréotypes de genre et la pression de s'y conformer (Carver et al., 2003) et tous les enfants qui se sentent différent.e.x.s dans le genre ne le ressentent ni de la même façon, ni n'ont la même envie ou possibilité de l'exprimer. Beaucoup, surtout lorsque ce sentiment devient clair entre 6 et 11 ans, auront peur d'être rejeté.e.x.s ou menacé.e.x.s s'ils en parlent ou le montrent par leurs comportements et leurs choix vestimentaires (Riley et al., 2011, 2013). Ceci remet en question la division classiquement proposée dans les milieux cliniques pour juger de qui peut avoir accès à des démarches médicales d'affirmation du genre en créant deux sous-groupes de JNTB : ceux qui rapportent une dysphorie de genre tôt dans l'enfance (*early onset*) et ceux qui la rapportent à partir de la puberté (*late onset*) (Cohen-Kettenis et Klink, 2015; Steensma et al., 2011, 2013).

Les parcours développementaux de 46 jeunes entre 7 et 21 ans ont été étudiés par des entrevues avec les

jeunes et leurs parents dans deux cohortes en Suisse et au Canada (Medico, Pullen Sansfaçon et al., 2020; Pullen Sansfaçon et al., 2020). Ceci a permis d'identifier au moins trois parcours développementaux distincts. Le premier, et le moins fréquent, est celui des enfants qui ont affirmé très tôt leur différence de genre, soit à l'âge préscolaire. Iels l'ont fait avant de comprendre le poids des normes de genre et dans des familles où leur expression de genre créative était possible. Le deuxième parcours est celui de jeunes qui ont passé leur enfance dans des conflits internes et dans le secret, en questionnement ou en espérant que leur sentiment d'incongruence de genre disparaisse. Ce groupe a rapporté avoir toujours su que quelque chose n'allait pas, qu'ils n'étaient pas cisgenres (« comme les autres »), mais cela était difficile à comprendre ou trop dur à révéler. Iels rapportent une profonde souffrance qui n'a commencé à s'apaiser que lorsqu'ils ont pu mettre des mots et exprimer le fait qu'ils n'étaient pas cisgenres. Finalement, un troisième parcours est celui des jeunes qui n'avaient pas vécu de questionnements pendant l'enfance, soit parce qu'ils ne se sentaient pas concernés par la question du genre, soit parce qu'ils pouvaient exprimer leur genre sans réticences, comme c'est souvent le cas des enfants assignés *filles* qui adoptent des comportements que l'entourage qualifie de masculins. Dans ce parcours, c'est l'arrivée de la puberté qui les a porté.e.x.s à questionner leur genre, puis à affirmer leur différence. En conclusion il n'existe pas de parcours identitaire unique, mais ce parcours est souvent associé à de la souffrance, à de profonds questionnements, à une expérience de devoir cacher qui l'on se sent être et au besoin de trouver une identité confortable.

Une autre des principales caractéristiques des JTNB est de vivre un profond et douloureux malaise par rapport aux caractéristiques sexuelles primaires et secondaires du corps (Röder et al., 2018). Ceci est particulièrement saillant au moment de la puberté et est associé aux difficultés psychiques et identitaires (Bouman, Davey et al., 2016). Cette « dysphorie corporelle » est un obstacle majeur à la découverte de la sexualité (Steensma et al., 2011), mais aussi une souffrance et un obstacle dans leur vie courante, les obligeant à porter par exemple des vestes de compression (*binders*) et à cacher leur corps. Elle est l'une des principales motivations à entreprendre des modifications corporelles hormonales ou chirurgicales (Bouman, de Vries et T'Sjoen, 2016). Ces traitements améliorent significativement l'image corporelle et le bien-être psychologique (Budge et al., 2013; Durwood et al., 2017; Olson et al., 2011; Olson, Key et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; Pullen Sansfaçon, Medico, Riggs et al., sous presse). Toutefois, certains jeunes semblent avoir des barrières internes les empêchant d'avoir recours à ces traitements : Goldenberg et al. (2020) montrent que les JTNB ayant une forte anticipation de stigmatisation par les médecins recourent moins aux soins d'affirmation de genre.

La transphobie s'accompagne concrètement d'expériences vécues par les jeunes telles que des situations de rejets, de discriminations et de violence. Ceci a un impact sur l'apprentissage des relations interpersonnelles en nuisant au sentiment interne de sécurité et de confiance en soi et envers les autres (Johnson et al., 2014; Mitchell et al., 2014). Lindley et Paz Galupo (2020) proposent que les pensées et émotions engendrées par des expériences directes et indirectes de discriminations, comme l'anticipation de situations de stigmatisation, la transphobie intériorisée ou le fait de devoir constamment cacher son identité de genre authentique, se répercutent sur une faible estime de soi, une perception négative de soi et des comportements autodestructeurs comme des automutilations, des conduites à risque et tentatives de suicide (Arcelus et al., 2016; Chodzen et al., 2019; Durwood et al., 2017; Scandurra et al., 2020).

La transphobie intériorisée semble aussi avoir un impact sur la manière de gérer les émotions (Budge et al., 2021; Grossman et al., 2011). Lindley et Paz Galupo (2020) ont montré que les JTNB ont des émotions plus fortes lorsqu'ils sont confronté.e.x.s à des émotions négatives que positives et qu'ils ont plus de difficultés à décrire les émotions positives. Cette gestion des émotions entraîne des difficultés personnelles et relationnelles.

Interventions transaffirmatives au niveau subjectif

À ce niveau nous visons essentiellement des interventions de type psychothérapie et accompagnement psychosocial. Ceux-ci doivent déconstruire l'impact des oppressions, soit la transphobie, mais aussi la transphobie intériorisée. Les discriminations concrètes, mais aussi indirectes, comme ne pas avoir la possibilité de comprendre son propre malaise, vivre dans le secret et devoir cacher qui l'on se sent être nuisent au développement d'un sens de soi positif (Medico, Galantino et al., 2020). Pour les JTNB garder leur identité de genre secrète leur permet d'éviter le rejet et la victimisation, mais entraîne des conséquences pour le développement des liens de confiance et de l'estime de soi. Un accompagnement transaffirmatif vise l'exploration des différentes possibilités de vivre le genre afin que les JTNB puissent expérimenter ce qui leur convient et dépasser leur propre transphobie intériorisée (Ehrensaft, 2011; Susset et Rabiau, 2021a, 2021b).

Avant la puberté, la meilleure attitude thérapeutique est de permettre à l'enfant d'explorer son genre en sécurité et il n'y a pas d'interventions spécifiques ni médicales ni psychologiques à mettre en oeuvre. Ces enfants ont

surtout besoin d'un contexte de sécurité et de confiance dans leur famille, à l'école et dans tous les contextes de vie (Susset et Rabiau, 2021a). Le travail clinique consiste surtout à communiquer de l'information basée sur les preuves scientifiques et les standards de soin (voir WPATH), faire comprendre l'importance de genrer l'enfant en fonction de ses demandes, soutenir les familles et dépister des situations à risque chez les enfants (anxiété, traumatismes et violences, suicide) ou dans la famille (maltraitance, dissensions familiales sévères sur l'attitude à adopter, détresse des parents ou de la fratrie). La décision pour leur genre s'imposera de soi, le plus souvent à la puberté, et, pour ces enfants, savoir que des possibilités médicales existent est un grand soulagement.

À la puberté, une partie des JTNB prendra une décision ou fera un *coming out* avec soulagement et fierté : certains parlent d'une euphorie de genre. D'autres seront dans de profonds questionnements et d'autres encore manifesteront un état de crise avec une symptomatologie complexe et souvent sévère que l'on diagnostique sous l'appellation de « dysphorie de genre » (appellation du DSM-5 selon l'American Psychiatric Association, 2013) ou « incongruence du genre » (appellation de la CIM-11 selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Cette souffrance cliniquement significative s'accompagne souvent d'une symptomatologie telle que menaces et/ou tentatives suicidaires, troubles alimentaires, automutilations, dépression, anxiété, rapport très difficile aux parties genrées de son corps. D'autres encore seront dans un profond questionnement identitaire avec des enjeux relationnels et communautaires importants. Dans tous les cas, la prise en compte rapide des besoins et une compréhension développementale sera nécessaire, car le moment le plus dangereux en termes de suicidalité est celui entre la première demande d'aide et le moment où cette aide arrive (Bauer et al., 2013). Les traitements médicaux d'affirmation de genre avec des bloqueurs de puberté peuvent être utilisés à partir du début de la puberté. Ces bloqueurs permettent de ralentir momentanément la puberté et préservent ainsi une possibilité de choix pour le futur, ce traitement est réversible (Ehrensaft et al., 2018; Gosh et Gorgos, 2021; Olson et al., 2011). L'introduction d'hormones (testostérone ou oestrogène) se fera plus tardivement en fonction des réalités somatiques et psychologiques des jeunes, car elle n'est que partiellement réversible. Les recherches menées depuis plus de 20 ans ont démontré l'efficacité et l'avantage coût/bénéfice sur le plan psychologique, social et somatique des traitements par bloqueurs et hormonaux (Cohen-Kettenis et al., 2011; Pullen Sansfaçon et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). Des interventions chirurgicales comme une torsoplastie (dès 16 ans au Québec, variable dans les autres pays francophones) ou une augmentation mammaire et des interventions génitales sont également possibles dès la majorité légale dans la plupart des pays.

Lorsque les multiples oppressions entraînent une difficulté à mobiliser la résilience (p. ex., gestion des émotions, difficultés relationnelles, estime de soi défaillante, PTSD), un accompagnement psychothérapeutique transaffirmatif est particulièrement pertinent. Bien évidemment celui-ci doit dépendre de l'adhésion de la personne au suivi et combine des techniques thérapeutiques usuelles pour ces problématiques. Pour favoriser la résilience, il a été suggéré que la prise de conscience de l'intériorisation des discriminations, soit la « mentalisation du stigma » (pour reprendre les termes utilisés dans certaines approches thérapeutiques) permette de diminuer les effets de cette transphobie intériorisée sur la santé mentale (Scandurra et al., 2020). Les thèmes de l'acceptation de soi, l'affirmation identitaire et du soutien sont à favoriser (Amodeo et al., 2018) ainsi qu'une perspective de travail en psychothérapie qui contextualise les difficultés, soit qui articule les dimensions sociales, relationnelles et individuelles (Matsuno et Israel, 2018). Lindley et Paz Galupo (2020) proposent des pistes d'intervention thérapeutique centrées autour de la gestion émotionnelle afin que les JTNB développent de meilleures habiletés à comprendre et gérer leurs émotions et à mieux identifier ce qui provient de l'intériorisation des expériences négatives. Pour toutes les jeunes, une déconstruction des injonctions à correspondre aux normes sociales du genre est nécessaire pour que le parcours d'affirmation soit adapté à la pluralité des genres. Ceci vaut également pour les intervenant.e.s qui doivent faire un travail réflexif sur leurs propres représentations du genre si ils souhaitent travailler avec des JTNB afin de ne pas imposer volontairement ou involontairement leur vision du genre.

La reconnaissance intersubjective

L'intervention doit favoriser la possibilité pour les jeunes d'expérimenter des liens interpersonnels validants. Dans les écrits scientifiques, ceci a été principalement étudié par rapport au soutien familial et à la qualité des liens perçus avec l'entourage. Ces liens semblent des facteurs fondamentaux pour le bien-être psychologique (Arcelus et al., 2016; Bockting et al., 2013; Lenning et Buist, 2013; Röder et al., 2018; Stewart et al., 2018), mais aussi des facteurs de protection face aux discriminations et à leur intériorisation (Veale et al., 2017). Inversement, l'isolement émotionnel et social est une source de stress et de détresse psychologiques (de Vries et al., 2016). Selon une étude comparant des jeunes cisgenres (N = 2060), trans (N = 349) ou ayant d'autres identités de genre (N = 681), les jeunes non cisgenres

rappellent moins de soutien familial perçu, moins d'affiliations religieuses et ceux qui rapportent moins de soutien social rapportent aussi plus de détresse psychologique (Lefevor et al., 2019).

Le soutien familial est l'aspect le plus étudié, car il est associé au bien-être, au fonctionnement cognitif, au sentiment identitaire et à la résilience des jeunes trans (Olson et al., 2016; Puckett et al., 2019; Pullen Sansfaçon et al., sous presse; Riggs et al., 2019; Travers et al., 2012). Il est aussi associé positivement à la probabilité de vivre dans son genre (Weinhardt et al., 2019). Plus précisément le soutien parental, tel que perçu par les jeunes, se manifeste sous la forme d'expression d'amour, de conseils, de soins, mais aussi comme le soutien émotionnel lors du *coming out* et l'adoption du prénom et du pronom choisi (Andrzejewski et al., 2021). Mais le *coming out* trans n'est pas toujours simple pour les familles, et les parents rencontrent parfois de profondes ambivalences et anxiétés face à des décisions à prendre comme celle d'autoriser son enfant à exprimer son identité de genre choisie à l'extérieur ou permettre à son adolescent.e.x de commencer un traitement médical d'affirmation du genre (Pullen Sansfaçon, Medico, Riggs, et al., sous presse). De plus, même lorsque les familles se montrent acceptantes et soutenantes à l'intérieur de la sphère familiale, elles rencontrent des critiques et des jugements provenant de l'extérieur (famille élargie, voisinage, école, ami.e.x.s) (Medico, Galantino et al., 2020; Pullen Sansfaçon et al., 2015). Ainsi, les relations intrafamiliales ne dépendent pas uniquement des dynamiques familiales, mais aussi de cinq facteurs contextuels que sont l'école, la communauté dans laquelle vit la famille, le travail des parents, la religion et la famille élargie (Bhattacharya et al., 2020). De plus les parents et les jeunes doivent trouver des ressources adéquates comme des centres spécialisés, des thérapeutes ou des groupes de soutien, et dans beaucoup de cas l'accès à ces ressources est difficile voire compromis pour des raisons aussi triviales que l'inexistence de ressources appropriées, l'éloignement géographique ou le coût financier (Pullen Sansfaçon et al., 2015; Riley et al., 2011).

À l'adolescence, les jeunes sont aussi davantage tournés vers l'extérieur de la famille. Le soutien des ami.e.x.s et de la communauté trans (Puckett et al., 2019) ainsi que le sentiment de connexion avec son école (Veale et al., 2017) ont aussi été étudiés et ils semblent déterminants pour le bien-être des JTNB. Plus précisément, Weinhardt et al. (2019) montrent que le soutien des ami.e.x.s est associé à un meilleur sens de connexion aux autres et au fait de trouver que la vie à un sens.

L'entrée dans la vie sexuelle et amoureuse participe à la construction de soi et à la possibilité d'une reconnaissance intersubjective chez toutes les adolescent.e.x.s mais elle semble être souvent différemment vécue par les JTNB. Doorduyn et Van Berlo (2014) soulignent que de nombreuses personnes trans n'ont pas pu vivre les étapes essentielles de leur développement sexuel et relationnel. Les hypothèses de compréhension sont multiples. D'abord, des séquelles traumatiques d'expériences de violence et d'abus sexuels pendant l'enfance et l'adolescence plus élevées chez les JTNB que dans la population générale (Clark et al., 2014; Mitchell et al., 2014; Rimes et al., 2019). Ensuite, une dysphorie corporelle particulièrement marquée qui nuit, tant à la relation à soi qu'à l'autre, et donc complexifie l'entrée dans la sexualité (Bouman, Davey et al., 2016; Girard et al., 2021). Les JTNB rencontrent des défis particuliers dans leur vie sexuelle et intime : ils doivent dépasser l'oppression intériorisée et s'affranchir de la reproduction des normes de genre usuelles de la sexualité hétérosexuelle cisgenre et le manque de modèles pour elleux et avec leurs partenaires (Bauer et al., 2018; Fox Tree-McGrath et al., 2018; Katz-Wise et al., 2016; Lantaffi et Bockting, 2011; Stephenson et al., 2017). L'influence néfaste de stéréotypes dévalorisants les associant à des objets sexuels bizarres a aussi été rapportée (Tompkins, 2014). Parallèlement, la sexualité et les relations amoureuses sont aussi décrites par les travaux qualitatifs comme associés au bien-être des personnes concernées, comme des voies de résilience, d'affirmation et de renforcement identitaire (Fox Tree-McGrath et al., 2018; Moolchaem et al., 2015).

Interventions transaffirmatives au niveau intersubjectif

Les interventions doivent favoriser la reconnaissance dans les milieux de vie et encourager les JTNB à développer des moyens de socialisation. Ceci impliquera parfois un travail avec les familles qui ont aussi besoin d'être soutenues pour épauler leurs jeunes et qui rencontrent de nombreux obstacles. L'acceptation et le soutien par les familles sont souvent le résultat d'un cheminement qui peut être difficile, prendre du temps, commencer par un sentiment de choc et peut entraîner des conflits au sein de la sphère familiale et/ou entre les parents (Frappier, 2011; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Pullen Sansfaçon, Medico, Gelly et al., sous presse). Des interventions en thérapie familiale (Susset et Rabiau, 2021a, 2021b), la référence à des groupes et communautés de pairs, de même que des groupes de thérapie ou de soutien sont ainsi à favoriser, tant pour les jeunes que pour leurs parents (Zufferey et Pullen Sansfaçon, 2021). Il sera important de porter attention au fait que les JTNB soient reconnu.e.x.s dans le prénom et les pronoms qu'ils utilisent. Un *counselling* sexologique et de santé sexuelle pourrait s'avérer pertinent pour les accompagner vers la possibilité d'une vie sexuelle et amoureuse en dehors des stéréotypes et les aider à mieux gérer leur dysphorie

corporelle et les séquelles de la transphobie (Girard et al., 2021).

La reconnaissance communautaire

Ce niveau de reconnaissance passe par le développement d'un sentiment de fierté d'être trans et/ou non-binaire, un ancrage communautaire et la solidarité que ce soit dans des groupes présents dans leur région ou via les réseaux sociaux. Participer à des groupes de pairs, avoir des ami.e.x.s qui partagent l'expérience de transitude, trouver une place dans la communauté queer ou LGBTQ2S+ sont des facteurs de résilience (Barr et al., 2016; Faddoul et Baril, 2021; Singh, 2013; Singh et al., 2014). Dans ces espaces communautaires et sur internet, on parle de « safe space », soit d'endroits où les jeunes trouvent un sentiment d'espoir, d'appartenance, un lieu où échapper à la violence et au stigma ainsi que la possibilité de redonner aux autres (Austin et al., 2020). Par la vie communautaire, les JTNB expérimentent des liens positifs, mais apprennent également comment éviter des situations de transphobie, ce qui semble permettre de mieux gérer les stress liés au genre (Gorman et al., 2020). L'engagement dans une lutte pour les droits des personnes trans semble aussi favoriser l'estime de soi (Pullen Sansfaçon et al., 2018; Singh, 2013). Il faut préciser que l'engagement communautaire n'est pas toujours associé à un mieux-être (Breslow et al., 2015), probablement en raison des relations complexes et parfois conflictuelles au sein de certains groupes et de l'existence de narratifs dominants sur ce que devrait être l'identité trans (Bradford et Syed, 2019) qui excluent certains jeunes qui n'y correspondraient pas.

L'accès à des modèles d'identification positifs est nécessaire (Levitt et Ippolito, 2014; McConnell et al., 2016). Mais pour les jeunes qui ne parlent pas l'anglais, les modèles positifs dans les médias sociaux et traditionnels sont rares (Bosom et Medico, 2020). Les médias traditionnels francophones, du moins en Europe, diffusent des représentations encore trop souvent stéréotypées ou négatives (Espineira, 2021).

Interventions transaffirmatives au niveau communautaire

Les interventions doivent encourager les JTNB à participer à la vie communautaire et favoriser l'intervention par les pairs. Différents modes, comme la thérapie par les arts, sont utilisés (Abdellahi et Thibeault, 2021).

La reconnaissance légale

Ce niveau d'intervention vise à garantir aux JTNB la possibilité de vivre dans leur genre désiré en sécurité ainsi qu'à améliorer l'accès aux soins de santé généraux et de confirmation de genre (Torres et al., 2015). Cette reconnaissance légale s'améliore, mais de manière inégale et les JTNB sont encore victimes de harcèlement et de violence et ne se sentent pas toujours en sécurité à l'école (Hatchel et al., 2019; Raymond et al., 2015). Si les personnes trans sont plus à risque de vivre des traumatismes interpersonnels violents (agressions physiques, violences sexuelles) que les personnes cisgenres, ceci est d'autant plus fréquent chez les jeunes et les femmes trans racisées (Budge et al., 2016; Singh, 2013). Les travaux sur l'impact des discriminations et de la violence sur les JTNB proposent de parler de « victimisation » qui se mesure par l'intensité et la fréquence des violences verbales et physiques rapportées par une personne et qu'elle identifie comme étant liées à son genre (Ybarra et al., 2015). La victimisation à l'adolescence est identifiée dans les écrits comme ayant un lien avec des symptômes de stress post-traumatique, dépression, anxiété, idéations suicidaires et les échecs scolaires, ainsi que des répercussions au début de l'âge adulte sur le développement professionnel, la capacité à construire des liens interpersonnels positifs et le suicide (Breslow et al., 2015; McNeil et al., 2017; Timmins et al., 2017; White Hughto et al., 2015; Ybarra et al., 2015).

La situation varie selon les contextes de vie et donc en fonction des facteurs intersectionnels d'oppression (race, classe, genre, capacitisme) ainsi que du contexte juridique et moral des différentes aires géographiques. Il semble, selon une récente étude comparative incluant quatre pays (Angleterre, Australie, Canada, Suisse), que la souffrance psychologique rapportée soit moins importante dans l'échantillon canadien : les auteur.e.x.s font l'hypothèse que le meilleur accès aux soins et la reconnaissance sociale et légale des personnes trans puisse expliquer cette situation (Pullen Sansfaçon, Medico, Riggs et al., sous presse).

Les jeunes trans ont parfois besoin d'avoir accès à des soins d'affirmation de genre pour traiter leur dysphorie/incongruence de genre (Coleman et al., 2012; Ehrensaft et al., 2018; The Lancet, 2018). Or, l'accès aux soins de santé généraux, comme d'affirmation de genre, n'est pas facile, peut être inéquitable et n'est pas partout le même (Gridley et al., 2016; Rider et al., 2018). Les professionnel.le.x.s de la santé manquent souvent de formation sur les questions trans et parfois mégenrent intentionnellement ou involontairement les JTNB (Medico, Galantino et al., 2020; Pullen Sansfaçon, Medico, Riggs et al., sous presse; Singh et al., 2014). Ceci crée un climat de méfiance chez les

personnes trans, notamment lorsqu'on observe que 66,8 % des JTNB ne révèlent pas leur genre aux professionnel.le.s de la santé selon l'étude américaine *LGBTQ National Teen Survey* (McKay et Watson, 2019). Selon cette étude portant sur 5 637 jeunes de 13-17 ans, ceci est encore plus marqué chez les jeunes non binaires et cet indicateur est associé à plus de difficultés psychologiques. Pour les jeunes racisés, l'expérience de stigmatisation dans le système de soins influence aussi négativement leur possibilité d'y avoir accès (Goldenberg et al., 2021).

Interventions transaffirmatives au niveau légal

Ainsi, pour favoriser la résilience chez les JTNB, il faut pouvoir adapter le contexte structurel, légal, social, scolaire et sanitaire afin de leur garantir la possibilité de vivre dans le genre désiré en sécurité. Ceci implique au moins une protection légale et une équité dans l'accès à l'école, au monde professionnel, aux soins et une protection visant leur sécurité dans l'espace social, quelle que soit l'origine sociale, ethnique ou la forme de genre (binaire, non binaire, fluide, neutre, autre). Les récentes avancées législatives au Québec, comme la possibilité de changer de nom et de genre, et la protection du genre dans la Charte des droits et liberté sont à souligner. L'accès aux soins généraux de santé peut aussi être amélioré en supprimant les obstacles administratifs basés sur une catégorisation par le genre et le manque de formation des intervenant.e.s. La sécurité dans les écoles et dans la vie quotidienne implique de lutter activement et explicitement contre la transphobie et les discriminations systémiques. Certes, ce niveau dépasse l'intervention clinique, mais ces questions sont cruciales, car les difficultés que les JTNB rencontrent sont en partie créées et maintenues par des fonctionnements institutionnels et sociaux oppressifs.

Limites

La recherche sur les JTNB est récente et de nombreux angles morts subsistent. Nous en savons encore très peu, voire rien, sur ceux qui sont les moins visibles, comme les enfants dont les familles répriment toute expression de genre qui ne serait pas conforme au genre assigné, ou sur les jeunes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas s'identifier comme JTNB, qu'elles que soient leurs raisons (p. ex., des contextes de vie où une expression trans ou non binaire constitue un danger pour leur sécurité voire leur survie, des jeunes qui sont encore en processus de prise de conscience de leur genre). Nous savons seulement que les adolescent.e.s qui vivent dans des familles transphobes se retrouvent dans certains cas pris.e.s en charge par la DPJ ou sont en situation d'itinérance et que leur genre trans et non binaire entraîne dans ces contextes un cumul de difficultés, notamment dans l'accès aux ressources (Robichaud et al., 2021; Shelton et al., 2018). Nous avons aussi encore très peu de recul sur la question des jeunes non binaires, agenres et de genre fluide puisqu'ils étaient pratiquement invisibles avant 2016, moment où l'on retrouve les premiers articles en faisant explicitement mention (voir Richards et al., 2016). Notons aussi que la non-binarité est un défi pour le suivi médical hormonal qui reste une manière binaire d'induire des modifications corporelles (Wahlen, 2021). Ceci relève d'une complexité éthique et médicale certaine en dehors des recommandations actuelles (Wahlen, 2021; Wren, 2019). Les prochains standards de soin de la WPATH, les *Standards of Care 8*, devraient combler ce manque.

Les contextes d'oppressions intersectionnelles commencent à être étudiés, mais peu de travaux sont encore publiés sur les jeunes racisé.e.s, en situation de handicap, migrant.e.s et provenant d'autres cultures qu'occidentales : la majeure partie des travaux proviennent en effet d'Amérique du Nord, d'Europe, Australie, Nouvelle-Zélande et quelques-uns d'Asie. La question de la classe sociale et du revenu des parents est aussi invisible dans les écrits scientifiques alors que l'accès aux soins est souvent une question financière.

Certaines pistes ont été plus étudiées et l'essentiel des efforts au niveau de la reconnaissance intersubjective a pour l'instant été mis sur les parents dans une vision très nucléaire de la famille, au sens de la présence d'un père et d'une mère. Nous savons également très peu sur la manière dont les fratries contribuent ou vivent la transitivité. De même, les autres types de familles, les enjeux complexes dans des familles recomposées, homoparentales, monoparentales ou dans des structures sociales moins individualistes que la société occidentale, sont encore à étudier.

Conclusions : la reconnaissance à la base des interventions transaffirmatives

Les JTNB rencontrent des oppressions tout au long de leur développement et envisager les difficultés de ces jeunes avec le concept d'oppression nous amène à réfléchir à comment les dépasser en fonction de leurs parcours et contextes de vie et, sur ce point, la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth (2000, 2006) offre un cadre épistémologiquement cohérent avec les théories de l'intersubjectivité et une vision située de l'identité. Ce modèle par niveau de reconnaissance nous permet d'intégrer les connaissances actuelles sur ce qui cause des souffrances et comment en sortir. Il décrit des moyens pour mobiliser la résilience à plusieurs niveaux : subjectif, intersubjectif, communautaire et juridique. Il est en cela une base pour les approches transaffirmatives.

Ces approches sont d'abord une posture éthique qui vise une société plus juste. Elles se basent sur une compréhension des conditions de vie menant au bien-être ou à la souffrance dans les rapports intersubjectifs et cela dans une perspective développementale. Elles peuvent donc être concrètement mises en œuvre sous diverses formes et être adaptées aux approches et outils que les clinicien.ne.x.s et les intervenant.e.x.s utilisent déjà dans leurs pratiques en santé mentale. Ces approches visent à soutenir les jeunes en prenant en compte leur contexte de vie et la diversité de leurs parcours et besoins (Pullen Sansfaçon et Medico, 2021; Spivey et Edwards-Leeper, 2019). Ceci implique un accompagnement sur mesure pour explorer leur genre, renforcer leur estime de soi et leurs capacités à prendre une décision sur leur parcours d'affirmation et éventuellement le recours à des démarches médicales ou de changement d'identité, développer des capacités de gestion émotionnelle et relationnelle, traiter les éventuels traumas, donner un sens aux expériences de transphobie en les mentalisant et trouver une identité qui leur soit confortable et qui leur permette de développer une fierté d'être qui iels sont. Elles utilisent plusieurs types d'interventions et d'outils comme la psychothérapie individuelle et l'accompagnement médical, un accompagnement des familles et des thérapies de groupe, l'éducation dans les écoles et la construction de bases légales pour la sécurité et l'équité, la transformation des structures de soins pour garantir l'accès aux soins et la formation continue des professionnel.le.x.s de la santé. Elles nécessitent un travail réflexif chez les intervenant.e.x.s et la valorisation des ressources communautaires. Pour approfondir, les lecteurices pourront consulter l'ouvrage de Riggs et al. (2019) ainsi que celui en français de Pullen Sansfaçon et Medico (2021) qui ont regroupé l'expérience en approches transaffirmatives d'intervenant.e.x.s de multiples professions et dans une perspective alliant les fondements légaux et institutionnels, l'intervention sociale et les approches thérapeutiques médicales et psychologiques.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne dévoilent pas de conflits d'intérêt.

Références

Bibliographie générale, introduction et recommandations cliniques

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Butler, J. (2012). *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Payot.
- Carver, P. R., Yunger, J. L., & Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*, 49(3-4), 95-109. <https://doi.org/10.1023/A:1024423012063>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29(3), 485-495. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004>
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., . . . Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Folio Essais.
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. La Découverte.

Développer la résilience chez les jeunes trans et non binaires :
un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth

- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(5), 3-26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Organisation mondiale de la santé (2020). *Classification internationale des maladies* (11^e révision). <https://icd.who.int/fr>
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (dir.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (vol. 3, pp. 184-256). McGraw Hill.
- Stern, D. (1998). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology* (2^e ed.). Basic Books.
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A. & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 241-250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Karnac Books.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (sous presse). *Standards of Care version 8*. <https://www.wpath.org/soc8>
- Wren, B. (2019). Ethical issues arising in the provision of medical interventions for gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24*(2), 203-222. <https://doi.org/10.1177/1359104518822694>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adam, M., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>

Bibliographie résilience – articles de recherche

- Amodeo, A. L., Picariello, S., Valerio, P., & Scandurra, C. (2018). Empowering transgender youths: Promoting resilience through a group training program. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 22*(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1361880>
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2021). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior, 48*(1), 74-81. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>
- Austin, A., Craig, S. L., Navega, N., & McInroy, L. B. (2020). It's my safe space: The life-saving role of the internet in the lives of transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health, 21*(1), 33-44. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1700202>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402-412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Barr, S. M., Budge, S. L., & Adelson, J. L. (2016). Transgender community belongingness as a mediator between transgender self-categorization and well-being. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 87-97. <https://doi.org/10.1037/cou0000127>
- Bauer, G., Pyne, J., Francino, M. C., & Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice. *Service social, 59*(1), 35-62. <https://doi.org/10.7202/1017478ar>
- Bauer, G. R., Redman, N., Bradley, K., & Scheim, A. I. (2018). Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: Results from Ontario, Canada. *International Journal of Transgenderism, 14*(2), 66-74. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791650>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Jammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health, 15*(1), Article 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Bhattacharya, N., Budge, S. L., Pantalone, D. W., & Katz-Wise, S. L. (2020). Conceptualizing relationships among transgender and gender diverse youth and their caregivers. *Journal of Family Psychology, 35*(5), 595-605. <https://doi.org/10.1037/fam0000815>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*(5), 943-951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bosom, M., & Medico, D. (2020). My first year on testosterone: Analyzing the trans experience through YouTube channels. *Sexologies, 30*(2), e83-e85. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.10.001>
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among trans individuals. *Sexual and Relationship Therapy, 31*(3), 359-375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>
- Bouman, W. P., de Vries, A. L., & T'Sjoen, G. (2016). Gender dysphoria and gender incongruence: An evolving interdisciplinary field. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 1-4. <https://doi.org/10.3109/09540261.2016.1125740>
- Bradford, N. J., & Syed, M. (2019). Transnormativity and transgender identity development: A master narrative approach. *Sex Roles,*

Développer la résilience chez les jeunes trans et non binares :
un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth

- 87(5), 306-325. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0992-7>
- Brennan, S. L., Irwin, J., Drincic, A., Amoura, N. J., Randall, A., & Smith-Sallans, M. (2017). Relationship among gender-related stress, resilience factors, and mental health in a Midwestern U.S. transgender and gender-nonconforming population. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 433-445. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1365034>
- Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., & Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 253-265. <https://doi.org/10.1037/sgd0000117>
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individual: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545-557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Budge, S. L., Belcourt, S., Conniff, J., Parks, R., Pantalone, D. W., & Katz-Wise, S. L. (2018). A grounded theory study of the development of trans youths' awareness of coming with gender identity. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 3048-3061. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1136-y>
- Budge, S. L., Orzechowski, M., Schams, A., Lavender, A., Onsgard, K., Leibowitz, S., & Katz-Wise, S. L. (2021). Transgender and gender nonconforming youths' emotions: The appraisal, valence, arousal model. *The Counseling Psychologist*, 49(1), 138-172. <https://doi.org/10.1177/2F0011000020945051>
- Budge, S. L., Thai, J. L., Tebbe, E. A., & Howard, K. A. (2016). The intersection of race, sexual orientation, socioeconomic status, trans identity, and mental health outcomes. *The Counseling Psychologist*, 44(7), 1025-1049. <https://doi.org/10.1177/0011000015609046>
- Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender non-conforming youth. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 467-471. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone II, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. (2016). The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
- de Vries, A. L., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579-588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan A. E. (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>
- Doorduyn, T., & Van Berlo, W. (2014). Trans people's experience of sexuality in the Netherlands: a pilot study. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 654-672. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.865482>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
- Fox Tree-McGrath, C. A., Puckett, J. A., Reisner, S. L., & Pantalone, D. W. (2018). Sexuality and gender affirmation in transgender men who have sex with cisgender men. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 389-400. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1463584>
- Goldenberg, T., Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Jadwin-Cakmak, L., & Harper, G. W. (2021). Gender affirmation as a source of resilience for addressing stigmatizing healthcare experiences of transgender youth of color. *Annals of Behavioral Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab011>
- Goldenberg, T., Kahle, E. M., & Stephenson, R. (2020). Stigma, resilience, and health care use among transgender and other gender diverse youth. *Transgender Health*, 5(3), 173-181. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0074>
- Gorman, K. R., Shipherd, J. C., Collins, K. M., Gunn, H. A., Rubin, R. O., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Coping, resilience, and social support among transgender and gender diverse individuals experiencing gender-related stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000455>
- Gosh, S., & Gorgos, A. (2021). L'accompagnement pédiatrique et les traitements hormonaux. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binares : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 323-339). Éditions Remue-Ménage.
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Frank, J. H. (2011). Aspects of psychological resilience among transgender youth. *Journal of LGBT*

Développer la résilience chez les jeunes trans et non binares :
un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth

- Youth*, 8(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/19361653.2011.541347>
- Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 329-349. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207581>
- Hatchel, T., Valido, A., De Pedro, K. T., Huand, Y., & Espelage, D. L. (2019). Minority stress among transgender adolescents: the role of peer victimization, school belonging, and ethnicity. *Journal of Child and Family Studies*, 28(9), 2467-2476. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1168-3>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health & Sexuality*, 13(3), 355-370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Johnson, C. W., Singh, A. A., & Gonzalez, M. (2014). « It's complicated » : Collective memories of transgender, queer, and questioning youth in high school. *Journal of Homosexuality*, 61(3), 419-434. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.842436>
- Katz-Wise, S. L., Reisman, S. L., Hughto, J. W., & Keo-Meier, C. L. (2016). Differences in sexual orientation diversity and sexual fluidity in attractions among gender minority adults in Massachusetts. *The Journal of Sex Research*, 53(1), 74-84. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.1003028>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436-455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Lefevor, T. G., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2019). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- Lenning, E., & Buist, C. L. (2013). Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: Gaining insight through personal narratives. *Culture, Health & Sexuality*, 15(1), 44-57. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.738431>
- Levitt, H. M., & Ippolito, M. R. (2014). Being transgender: The experience of transgender identity development. *Journal of Homosexuality*, 61(12), 1727-1758. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.951262>
- Lindley, L., & Paz Galupo, M. (2020). Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 265-275. <https://doi.org/10.1037/sgd0000439>
- MacMullin, L. N., Aitken, M., Nabbijohn, A. N., & VanderLaan, D. P. (2020). Self-harm and suicidality in gender-nonconforming: A Canadian community-based parent-report study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 76-90. <https://doi.org/10.1037/sgd0000353>
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632-655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674-680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026>
- McKay, T. R., & Watson, R. J. (2019). Gender expansive youth disclosure and mental health: Clinical implications of gender identity disclosure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 66-75. <https://doi.org/10.1037/sgd0000354>
- Medico, D., Galantino, G., Zufferey, A., & Pullen Sansfaçon, A. (2020). « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, 31(2). <https://doi.org/10.7202/1070338ar>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002-1014. <https://doi.org/10.1177/1359104520938427>
- Mitchell, K. J., Ybarra, M. L., & Korchmaros, J. D. (2014). Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 280-295. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.008>
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), Article e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). Gender cognition in transgender children. *Psychological Science*, 26(4), 467-474. <https://doi.org/10.1177/0956797614568156>
- Olson, J., Schrage, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., & Clark, L. F. (2015). Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., ... Goodman,

Développer la résilience chez les jeunes trans et non binares :
un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth

- M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *Journal of Sexual Medicine, 15*(4), 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcom, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology, 33*(8), 954-964. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>
- Pullen Sansfaçon, A., Hébert, W., Ou Jin Lee, E., Faddoul, M., Tourki, D., & Bellot, C. (2018). Digging beneath the surface: Results from stage one of a qualitative analysis of factors influencing the well-being of trans youth in Quebec. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 184-202. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1446066>
- Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Gelly, M., Kirichenko, V., & Suerick Gullick, F. (sous presse). Blossoming child, mourning parent: A journey of adaptation and learning of trans youth and their parents accessing gender affirming care. *Journal of Child and Family Studies*.
- Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Riggs, D., Carlile, A., & Suerich-Gulick, F. (sous presse). Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: Access to and impacts of gender-affirming medical care. *Journal of LGBT Youth*.
- Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Suerich-Gullick, F., & Temple Newhook, J. (2020). "I knew that I wasn't cis, I knew that, but I didn't know exactly": Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health, 21*(3), 307-320. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A. A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth, 12*(1), 39-63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Raymond, G., Blais, M., Bergeron, F. A., & Hébert, M. (2015). Les expériences de victimisation, la santé mentale et le bien-être de jeunes trans au Québec. *Santé mentale au Québec, 40*(3), 77-92. <https://doi.org/10.7202/1034912ar>
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics, 141*(3), Article e20171683. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1683>
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). "If they didn't support me, I most likely wouldn't be here": Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgenderism, 21*(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>
- Riley, E. A., Clemenson, L., Sitharthan, G., & Diamond, M. (2013). Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of Sex & Marital Therapy, 39*(3), 241-263. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.628439>
- Riley, E. A., Sitharthan, G., Clemson, L., & Diamond, M. (2011). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health, 23*(3), 181-195. <https://doi.org/10.1080/19317611.2011.593932>
- Rimes, K. A., Goodship, N., Ussher, G., Baker, D., & West, E. (2019). Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 230-240. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1370627>
- Röder, M., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U., & Becker, I. (2018). Health-related quality of life in transgender adolescents: Associations with body image and emotional and behavioral problems. *International Journal of Transgenderism, 19*(1), 78-91. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1425649>
- Scandurra, C., Dolce, P., Vitelli, R., Esposito, G., Testa, R. J., Balsam, K. F., & Bochicchio, V. (2020). Mentalizing stigma: Reflective functioning as a protective factor against depression and anxiety in transgender and gender-nonconforming people. *Journal of Clinical Psychology, 76*(9), 1613-1630. <https://doi.org/10.1002/jclp.22951>
- Singh, A. A. (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex Roles, 68*(11), 690-702. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z>
- Singh, A. A., Meng, S. E., & Hansen, A. W. (2014). "I am my own gender": Resilience strategies on trans youth. *Journal of Counseling & Development, 92*(2), 208-218. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00150.x>
- Shelton, J., Wagaman, M. A., Small, L., & Abramovich, A. (2018). I'm more driven now: Resilience and resistance among transgender and gender expansive youth and young adults experiencing homelessness. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 144-157. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1374226>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16*(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ration of children referred for gender dysphoria: Data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988-2016). *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 713-715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>

- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Testa, R., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468-475. <https://doi.org/10.1037/a0029605>
- Testa, R., Michaels, M. S., Bills, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125-136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2017). Minority stressors and psychological distress in transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 328-340. <https://doi.org/doi/10.1037/sgd0000237>
- Tompkins, A. B. (2014). «There's no chasing involved»: Cis/trans relationships, "tranny chasers", and the future of a sex-positive trans politics. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 766-780. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870448>
- Torres, C. G., Renfrew, M., Kenst, K., Tan-McGrory, A., Betancourt, J. R., & López, L. (2015). Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatrics*, 15(1), Article 187. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0505-6>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68-76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- Twist, J., & de Graaf, N. M. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277-290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Veale, J., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017). Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207-216. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031>
- Watson, R. J., Veale, J. F., & Saewyc, E. M. (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5), 515-522. <https://doi.org/10.1002/eat.22627>
- Weinhardt, V. L., Xie, H., Wesp, L. M., Murray, J. R., Apchemengich, I., Kioko, D., Weinhardt C. B., & Cook-Daniels, L. (2019). The role of family, friend, and significant other support in well-being among transgender and non-binary youth. *Journal of GLBT Family Studies*, 15(4), 311-325. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2018.1522606>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Zeeman, L., Aranda, K., Sherriff, N., & Cocking, C. (2017). Promoting resilience and emotional well-being of transgender young people: Research at the intersections of gender and sexuality. *Journal of Youth Studies*, 20(3), 382-397. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1232481>
- Bibliographie résilience – recension des écrits, articles de synthèse et éditoriaux**
- Ehrensaft, E., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251-268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Leibowitz, S., Green, J., Massey, R., Boleware, A. M., Ehrensaft, D., Francis, W., Keo-Meier, C., Aydin Olson-Kennedy, A., Pardo, S., Rider, G. N., Schelling, E., Segovia, A., Tangpricha, V., Anderson, E., T'Sjoen G., & on behalf of the WPATH, USPATH, and EPATH Executive Committee and Board of Directors (2020). Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 111-112. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1703652>
- McNeil, J., Ellis, S. J., & Eccles, F. J. R. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341-353. <https://doi.org/10.1037/sgd0000235>
- Medico, D. (2019). Genres, subjectivités et corps au-delà de la binarité. *Filigrane*, 28(1), 57-71. <https://doi.org/10.7202/1064597ar>
- Medico, D. (2020). Quelques considérations critiques et cliniques sur le genre et ses dissident.e.s. *In Analysis*, 4(3), 374-382. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2020.10.006>
- Moolchaem, P., Liamputtong, P., O'Halloran, P., & Muhamad, R. (2015). The lived experiences of transgender persons: A meta-synthesis. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 27(2), 143-171. <https://doi.org/10.1080/10538720.2015.1021983>
- Moradi, B., Tebbe, E. A., Brewster, M. E., Budge, S. L., Lenzen, A., Ege, E., Schuch, E., Arango, S., Angelone, N., Mender, E., Hiner, D. L., Huscher, K., Painter, J., & Flores, M. J. (2016). A content analysis of literature on trans people and issues: 2002-2012. *The Counseling Psychologist*, 44(7), 960-995. <https://doi.org/10.1177/0011000015609044>

- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119-125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(2), 171-176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Richards, C. (2020). Finitude et devenir trans. Racing the Reaper. *Frontières*, 31(2). <https://doi.org/10.7202/1070336ar>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'SJoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 343-356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424-445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>
- Stewart, L., O'Halloran, P., & Oates, J. (2018). Investigating the social integration and wellbeing of transgender individuals: A meta-synthesis. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 46-58. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1364199>
- Tankersley, A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., & Russel, T. J. (2021). Risk and resilience factors for mental health among transgender and gender nonconforming (TGNC) youth: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(2), 183-206. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00344-6>
- The Lancet (2018). Gender-affirming care needed for transgender children [Editorial]. *The Lancet*, 391(10140), 2576. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31429-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31429-6)
- Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2018). Research Review: Gender identity in youth: Treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(12), 1228-1243. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12833>
- Watson, R. J., & Veale, J. (2018). Transgender youth are strong: Resilience among gender expansive youth worldwide. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 115-118. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474832>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

Bibliographie résilience sans arbitrage : ouvrages, chapitres et rapports de recherche

- Abdellahi, É., & Thibeault, C-A. (2021). La thérapie par les arts: un outil inspirant pour accompagner les jeunes. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 306-322). Éditions Remue-Ménage.
- Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. Columbia University Press.
- Ehrensaft, D. (2011). *Gender born, gender made: Raising healthy gender-nonconforming children*. Workman Publishing.
- Espineira, K. (2021). La médiatisation des « enfants & ados trans » : des écrans télé aux chaînes YouTube, se raconter et s'affirmer au présent. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 62-77). Éditions Remue-Ménage.
- Faddoul, M., & Baril, A. (2021) Travail social et interventions transaffirmatives auprès des jeunes. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 159-176). Éditions Remue-Ménage.
- Frappier, A. A. (2021). Parents en transition. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 233-249). Éditions Remue-Ménage.
- Girard, G., Medico, D., & Galantino, G. (2021). Santé sexuelle, vie sexuelle et amoureuse des adolescent.e.s trans. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 212-233). Éditions Remue-Ménage.
- Pullen Sansfaçon, A., & Medico, D. (2021). Introduction : pour une approche transaffirmative. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 11-40). Éditions Remue-Ménage.
- Riggs, D. (2019). *Working with transgender young people and their families: A critical developmental approach*. Palgrave.
- Robichaud, M-J., Kirichenko, V., & Pullen Sansfaçon, A. (2021). Intervention en contexte d'autorité et de protection de la jeunesse. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 177-193). Éditions Remue-Ménage.

**Développer la résilience chez les jeunes trans et non binaires :
un modèle basé sur l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth**

- Sauvé, J-S., & Pullen Sansfaçon, A. (2021). L'affirmation de l'identité des personnes mineures transgenre: une zone de turbulence éthico-juridique. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 103-119). Éditions Remue-Ménage.
- Susset, F., & Rabiau, M. (2021a). Le soutien psychothérapeutiques des enfants créatif.ve.s dans leur genre, trans et non binaires. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 267-286). Éditions Remue-Ménage.
- Susset, F., & Rabiau, M. (2021b). L'accompagnement thérapeutiques des adolescent.e.s en transition. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 287-305). Éditions Remue-Ménage.
- Taylor, A. B., Chan, A., Hall, S. L., Pullen Sansfaçon, A., Saewyc, E. M., & l'équipe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans (2020). *Être en sécurité, être soi-même 2019 : Résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires*. Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, University of British Columbia. https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2020/03/Etre-en-Securite-Etre-Soi-Meme-2019_SARAVYC_FR.pdf
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. <https://transpulseproject.ca/research/impacts-of-strong-parental-support-for-trans-youth/>
- Wahlen, R. (2021). Enjeux médicoéthiques posés aux médecins lors de la prescription de traitements d'affirmation de genre à des jeunes trans et non binaires. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 340-360). Éditions Remue-Ménage.
- Zufferey, A., & Pullen Sansfaçon, A. (2021). Approches de groupe en méthodologie autogérée entre parents d'enfants trans. Dans A. Pullen Sansfaçon & D. Medico (dir.), *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation* (pp. 250-263). Éditions Remue-Ménage.
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., & Kosciw, J. (2015). The relation between suicidal ideation and bullying victimization in a national sample of transgender and non-transgender adolescents. Dans P. Goldblum, D. L. Espelage, J. Chu & B. Bongar (dir.), *Youth suicide and bullying: Challenges and strategies for prevention and intervention* (pp. 134-145). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199950706.001.0001>

Adverse Childhood Experiences and Substance Use: The Mediating Role of Perceptions of Harm and Peer and Parental Attitudes

Jérémie RICHARD¹, Loredana MARCHICA^{1,2}, Anthony SCIOLA¹,
William IVOSKA³, and Jeffrey DEREVENSKY¹

1 International Centre for Youth Gambling Problems and High-Risk Behaviors, McGill University, Montréal, QC, Canada

2 Department of Psychology, The Montréal Children's Hospital, Montréal, QC, Canada

3 Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Services Board of Wood County Ohio, Bowling Green, OH, United-States

Corresponding Author: Jérémie Richard, M.A., International Centre for Youth Gambling Problems and High-Risk Behaviors, McGill University, 3724 McTavish Street (RM 205), Montréal, QC, Canada, H3A 1Y2.
Email: jeremie.richard@mail.mcgill.ca

Abstract

Objectives: Adverse childhood experiences (ACEs) are related to the development of a range of mental health problems and risky behaviors. Generally, adolescents who experienced a greater number of ACEs have been found to be at increased risk of substance use behaviors. This study investigated the association between ACEs and substance use (i.e., cigarette smoking, binge drinking, and cannabis use) as mediated by perceptions of harm and perceived peer and parental attitudes towards each substance.

Methods: A survey was completed by 6,304 students aged 12 to 18 ($M = 14.75$, $SD = 1.76$) in Wood County, Ohio, assessing ACEs, substance use behaviors, perceptions of harm and perceived peer and parental attitudes towards each substance. Mediation models controlling for age and gender were conducted for each substance use behavior including perceptions of harm and perceived peer and parental attitudes specific to each substance.

Results: Controlling for age and gender, perceptions of harm and peer attitudes towards binge drinking partially mediated the relationship between ACEs and past month binge-drinking. For past month cannabis and cigarette smoking, peer and parental attitudes, but not perceptions of harm, partially mediated the relationship between ACEs and past month engagement in these substances.

Implications: Greater perceptions of harm and negative attitudes by parents or peers may be protective against substance use behaviors among youth that have experienced ACEs. Early interventions focusing on increasing perceptions of harm along with promoting negative parental and peer attitudes towards substance use could decrease rates of use among those who experienced ACEs.

Keywords: Adverse childhood experiences; adolescence; perceptions of harm; peer and parental attitudes; substance use.

Introduction

Adolescents are in a developmental period where engagement in risky and potentially problematic behaviors can negatively impact educational and health outcomes (Derevensky, 2012; Jessor, 1998; Loukas, et al., 2016; Morgan & Todd, 2009). It has become widely accepted that adolescents are reporting the use of various substances at increasing rates (Johnston et al., 2020; Zimmerman & Farrell, 2017). In 2019, 41.5% of U.S. adolescents reported consuming alcohol, 30.6% reported using cannabis, and 15.3% reported smoking cigarettes at least once in their lifetime (Johnston et al., 2020). In the past year, adolescents reported consuming alcohol and cannabis at prevalence rates of 35.9% and 25.2%, respectively, with less than 4% reporting cigarette smoking in the past month (Johnston et al., 2020). These prevalence rates of adolescent substance use are alarming given the relationship between adolescent substance use and abnormal developmental outcomes (Zimmerman & Farrell, 2017). For instance, adolescents who report using alcohol and drugs are more likely to report poor educational attainment (Lynskey & Hall, 2000), impaired cognitive functioning (Tapert et al., 2002), and greater mental health issues (Gray & Squeglia, 2018). Caffray and Schneider (2000) reported that adolescents' involvement in substance use is associated with various risk factors including an avoidance of negative emotions, peer influences, greater sensation-seeking, and a feeling of unrealistic hope or invulnerability. Beyond these risk factors, research has identified another significant contributing factor for youth substance use, adverse childhood experiences (ACEs; Lil et al., 2010; Zarse et al., 2019).

Adverse Childhood Experiences

ACEs describe different types of abuse, neglect, and other stressful or traumatic experiences during childhood (Sciaraffa et al., 2018; Zarse et al., 2019). The probability of an individual experiencing at least one adverse experience during childhood is reported to be 57.8%, with 22.9% reporting one, 12.8% reporting two, and 21.5% reporting three or more ACEs (Giano et al., 2020). Several studies have provided evidence that children who are exposed to a greater number of ACEs have higher rates of psychiatric and mental health disorders (Gould et al., 1994; Van Niel et al., 2014; Zarse et al., 2019) including substance use disorders (Cavanaugh et al., 2015; McCauley et al., 1997; Zarse et al., 2019), in addition to higher rates of medical problems (Felitti & Anda, 2010; Sonu et al., 2019; Zarse et al., 2019). Notably, greater ACE scores as assessed by the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-Q; Felitti et al., 1998) have been associated with familial and financial problems, poor work performance, and emotional distress (Anda et al., 2004; Hillis et al., 2004; Nurius et al., 2012; Ramiro et al., 2010).

The relationship between ACEs and addictive behaviors has been an area of growing interest over the past decade. For instance, multiple studies have identified a relationship between ACEs, cigarette smoking, alcohol, and cannabis use based on the ACE-Q (Dube, Felitti, Dong, Chapman et al., 2003; Dube et al., 2006; Forster et al., 2019; Marchica et al., 2020; Mersky et al., 2013; Zarse et al., 2019). Specifically, for each increase in ACE-Q score, the likelihood of daily cigarette smoking and cannabis use increased by 20 to 30% (Dube, Felitti, Dong, Giles et al., 2003; Duke et al., 2018), and the likelihood of ever drinking alcohol increased 1.6 to 2.4-fold (Dube et al., 2006). A plausible hypothesis to explain the association between ACEs and substance use is the self-medication hypothesis, proposing that individuals that experience painful affective states may use alcohol and/or other substances to temporarily escape or experience relief from these emotional states (Harris & Edlund, 2005; Hogarth & Hardy, 2018; Khantzian, 1997). As youth experiencing ACEs have been found to experience significant emotional distress (Anda et al., 2006; Nurius et al., 2012; Zarse et al., 2019), it is possible that cigarette smoking, alcohol, or cannabis use among youth is a way to cope with the distress associated with ACEs.

Resilience and Substance Use

Resilience is defined as the ability to “bounce back” or to positively respond to adversity, which can be established through the nurturing of protective factors including social support (Luthar, 2006; Pizzolongo & Hunter, 2011; Wekerle, 2020). Parents and peers play a crucial role in how harmful adolescents perceive substances to be, which in turn may increase or decrease the risk for subsequent substance use. It is possible that there is a process of positive social referencing that takes place during adolescence which increases youth resiliency, whereby youth integrate their parents or peers' perceptions of substance use into their own understanding (Clément & Dukes, 2017; Wekerle, 2020). Cultivating resilience by having peers and parents that adopt negative attitudes towards substance use may be especially important for adolescents who have experienced ACEs and are at an increased risk of engagement in substance use (Zarse et al., 2019). Moreover, peer and parental attitudes may impact an individual's perceptions of harm regarding substance use, further decreasing the risk that they will engage in these behaviors (Zimmerman & Farrell, 2017). Overall, identifying ways to increase resiliency among youth that have experienced ACEs through interpersonal

and social influences is of utmost importance, with the potential for reducing the likelihood of negative outcomes during adolescence and later in life.

Perceptions of Harm and Peer/Parental Attitudes Towards Substance Use

Although research has investigated some of the factors that may explain the relationship between ACEs and substance use (e.g., internalizing and externalizing problems [Douglas et al., 2010; Sanders et al., 2018; Tang et al., 2020], coping strategies [Robertson & Striping, 2010], mindfulness [Brett et al., 2018]), to the author's knowledge no studies have investigated whether perceptions of harm or perceived peer and parental attitudes towards substance use mediate this relationship. Researchers have theorized that a key protective factor of adolescent engagement in substance use is the perceived harmfulness of particular substances (Berg et al., 2015; Zullig & Vallois, 2016). Specifically, adolescents who perceive a substance as being of greater harm are less likely to use that substance (Hawkins et al., 1992; Johnston et al., 2020). A potential mechanism explaining the relationship between perceptions of harm and substance use is social self-efficacy (SSE). In a study of adolescents, Zullig and Valois (2016) identified that greater perceptions of harm for frequent tobacco, alcohol, and cannabis were associated with higher levels of SSE. These results indicated that the adolescents in this study who perceived greater levels of harm from substance use tended to be more socially adept while being better able to initiate and maintain interpersonal relationships, which is characteristic of having a higher SSE (Zullig & Valois, 2016). Taken together, it is possible that adolescents with higher levels of SSE are more confident in their personal beliefs related to drug use, which in turn leads them to being better able to communicate their beliefs with their peers and refuse participation when an opportunity for substance use arises (Musher-Eizenman et al., 2003).

Developmental research has identified that familial and parental influences are important in childhood and early adolescence but diminish in importance as adolescents get older and begin spending more unsupervised time with peers (Furman & Buhrmester, 1992; Rohrbeck, 2003). Having a peer group provides adolescents with various social rewards including acceptance, status, prestige, and popularity (Bishop & Inderbitzen, 1995). Relevant to substance use, peer attitudes have been reported to have a strong influence on adolescent involvement in alcohol, tobacco, and cannabis use, being a potential risk or protective factor (Zimmerman & Farrell, 2017). Substance use among close friends, peer cliques, and social crowds has been shown to predict adolescents' involvement with substance use, with proximal peer structures being more influential than distal peer structures (Hussong, 2002; Maxwell, 2002; Salvy et al., 2014). Moreover, the more friends an adolescent has that report consuming alcohol, nicotine, and other drugs, the more accessible these substances become and the greater perceived peer pressure they may experience to engage in the use of these substances (Musher-Eizenman et al., 2003). As such, adolescents may feel the pressure to partake in substances with their peers for fear of being rejected or losing out on the social rewards. Alternatively, studies have found that when friends perceive substance use as undesirable or harmful, rates of substance use decrease, thereby acting as a protective factor to youth substance use (Barkin et al. 2002; Wright et al. 2014).

Pertaining to the family, parents' attitudes toward substance use, in addition to parental alcohol and drug use, has been reported as being associated with adolescent substance use (Zimmerman & Farrell, 2017). Specifically, adolescents whose parents had a positive attitude toward substance use or were substance users themselves were also more likely to use substances (Fagan et al., 2013). Alternatively, adolescents with parents who had more negative attitudes towards substance use were less likely to engage in substance use (Scheer et al., 2000). Taken together, peer and parental attitudes towards substance use can have an important impact on increasing or decreasing the extent of adolescent substance use. These findings are in line with the process of positive social referencing (i.e., integrating parent and/or peer perceptions of substance use into one's own understanding) and the nurturance of protective factors that decrease the risk of adolescent substance use through the cultivation of resilience.

Current Study

Given the importance of protective factors in building resilience among youth, the present study aimed to investigate the relationship between ACEs and substance use behaviors (i.e., cigarette smoking, binge drinking, and cannabis use) as mediated by perceptions of harm and peer and parental attitudes towards each substance. First, it was hypothesized that endorsing a greater number of ACEs would be associated with more frequent engagement in each substance use behavior. Second, it was hypothesized that perceptions of harm, in addition to peer and parental attitudes towards engagement in each substance, would mediate the relationship between ACEs and substance use. Specifically, it was predicted that more negative perceptions and attitudes towards each substance would be related to a decreased frequency of engagement in each substance use behavior.

Method

Participants

The present study utilized data from the 2020 Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Services (ADAMHS) Board/Wood County Educational Service Centre survey on alcohol and other drug use. Participants provided information concerning their demographic characteristics, experience of childhood adversity, perceptions and attitudes towards substance use, and frequency of participation in various substances. A total of 7,573 students (grade seven to 12) from 10 public schools in Wood County, Ohio, participated in the survey. Of these, 763 were excluded due to insincere responses (i.e., reporting the use of fake drugs; reporting the use of all drugs at all times; and providing inconsistent responses). As gender and age were variables of interest in the study, 360 participants were excluded due to missing data on gender, and 37 were excluded due to missing data on age. Moreover, the low number of participants under age 12 ($n = 14$) and over age 18 ($n = 6$) were removed. Finally, participants that had missing data on other variables of interest, including perceptions and peer/parental attitudes towards substance use ($n = 65$) and experience of ACEs ($n = 24$) were removed. No significant differences were present in the demographic characteristics of the included and excluded sample. The final sample comprised 6,304 participants, with a mean age of 14.75 years ($SD = 1.76$). Demographic characteristics of the sample are presented in Table 1.

Procedure

Students completed an anonymous paper-pencil survey administered by their classroom teacher. In each school, trained addiction counsellors coordinated the distribution of the survey and assisted teachers with administration when necessary. Participants were informed that their responses to the survey were confidential and that they could withdraw from participation at any time without consequence. Principals provided parents with an informed consent form to ensure assent for research participation. Information regarding the survey was provided to all parents by letter and were available on each school district website. Parents could elect for their children to opt out of participating by informing the school principals. Ethical approval for the study was granted by the ADAMHS ethics committee.

Measures

Demographic Characteristics. Participants indicated their gender, age, grade-level, and ethnicity (e.g., White, Hispanic, Black) at the beginning of the survey.

Adverse Childhood Experiences. Adverse childhood experiences (ACEs) were measured via a modified version of the Adverse Childhood Experience Questionnaire (ACE-Q; Felitti et al., 1998), a module from the Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey (BRFSS) available from the Center for Disease Control and Prevention (2015). In the current survey, the three separate items of sexual abuse in the BRFSS were combined into a single item and two items were added for childhood neglect (one item for emotional neglect, one item for physical neglect). The measure included a total of 10 items, with each item having a trichotomous (yes; no; don't know) response. Scores ranged from 0 to 10, with higher scores indicating a higher number of endorsed ACEs. The ACE-Q helps identify childhood abuse, neglect, and family dysfunction (e.g., domestic violence, divorce, incarceration of a family member, drug and alcohol issues). Within the sample, the percentage of participants reporting "don't know" to each of the 10 items ranged from 2.2 to 5.5%, with the exception of the item "Did you live with anyone who was depressed, mentally ill, or attempted

Table 1. Participant characteristics

Variables	N	%
Sociodemographic data		
Gender (male)	3168	50.3
Ethnicity		
White	5066	80.4
Black	145	2.3
Hispanic	305	4.8
Asian	136	2.2
Multicultural	248	3.9
Other/Missing	404	6.4
Age		
12-14 years	2849	45.2
15-17 years	3182	50.5
18 years	273	4.3
Past month cigarette smoking		
Not at all	6163	97.8
< 1 per day	81	1.3
1-5 per day	31	0.5
6-10 per day	9	0.1
One-half pack per day	7	0.1
About one pack or more per day	13	0.2
Past month binge drinking		
Never	5857	92.9
1-2 times	280	4.4
3-5 times	94	1.5
6-10 times	28	0.4
11+ times	45	0.7
Past month cannabis use		
Never	5769	91.5
1-2 times	217	3.4
3-5 times	94	1.5
6-10 times	52	0.8
11+ times	172	2.7

suicide?" which was significantly higher at 12.1%. All of the "don't know" responses were recoded as "no" for the present study. The internal consistency for the total ACE score was good (Cronbach $\alpha = 0.79$).

Substance Use Behaviors. Engagement in three substance use behaviors (i.e., cigarette smoking, binge drinking, and cannabis use) over the past month were measured. For cigarette smoking, participants were asked "During the past 30 days, how frequently have you smoked cigarettes?". Responses were provided on a 6-point scale ranging from "Not at all" to "About one pack or more per day". For binge drinking, participants were asked "During the last 30 days, on how many occasions have you had five or more drinks in a row (a "drink" is a bottle of beer, a wine cooler, a glass of wine, a shot glass of liquor, or a mixed drink)?". Responses were provided on a 5-point scale ranging from "Never" to "11+ times". For cannabis use, participants were asked "During the last 30 days, on how many occasions have you used marijuana?". Responses were provided on a 5-point scale ranging from "Never" to "11+ times". The scales utilized to assess frequency of substance use behaviors are modelled based on the responses utilized by the *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use* (Johnston et al., 2020). All three variables were recoded categorically in order to construct binary indicators of cigarette, binge drinking, or cannabis use over the past month.

Perceptions of Harm and Peer and Parental Attitudes. Perceptions of harm were assessed utilizing a single item for each substance (i.e., cigarette smoking, binge drinking, and cannabis use): "How much do you think people risk harming themselves physically or in other ways if they:" (1) "smoke one or more packs of cigarettes per day"; (2) "have 5 or more drinks of an alcoholic beverage once or twice a week"; and (3) "smoke marijuana once or twice a week". Responses were provided on a 4-point scale ranging from "No risk" to "Great risk". To assess perceived peer and parental attitudes towards each of the substances, participants were asked "How wrong do your friends feel it would be for you to:" and "How wrong do your parents feel it would be for you to:" (1) "smoke tobacco"; (2) "have one or two drinks of alcoholic beverage nearly every day"; and (3) "smoke marijuana". Responses were provided on a 4-point scale ranging from "Not at all wrong" to "Very wrong".

Data Analysis

IBM SPSS version 25 was used to calculate descriptive statistics and for data processing and analysis. For the mediation analysis, MPLus version 8.0 (Muthén & Muthén, 2017) was used. Prior to conducting the mediation models, three separate logistic regression models controlling for age and sex were conducted in order to assess the unique effect of ACEs on each substance use behavior. For the mediation models, three separate mediation models were conducted for each substance use behavior, whereby gender and age were included as covariates, and perceptions of harm, peer, and parental attitudes as mediators. In the models, the three mediators were correlated with one another to account for the shared variance between the variables. Direct (effect of ACEs on substance use) and indirect effects (effect of ACEs on substance use through each mediator variable) were estimated with odds ratio (OR) calculations as a measure of effect size. Standardized model results will be provided with a significance level of $\alpha = 0.05$.

Results

ACEs, Perceptions of Harm, Peer and Parental Attitudes, and Substance Use

Within the sample, the mean number of ACEs reported was 1.67 ($SD = 2.10$), with 40.6% ($n = 2559$) reporting no ACEs and 11.1% ($n = 696$) endorsing five or more ACEs. As for perceptions of harm, cigarette smoking ($M = 2.32$, $SD = 1.04$) was perceived as being more harmful than both binge drinking ($M = 1.80$, $SD = 1.01$) and cannabis use ($M = 1.52$, $SD = 1.11$). Regarding perceived parental attitudes towards these substance use behaviors, all three were rated as being between wrong and very wrong (cigarette smoking, $M = 2.71$, $SD = 0.68$; binge drinking, $M = 2.64$, $SD = 0.73$; cannabis use, $M = 2.59$, $SD = 0.83$). Similar findings are reported for perceived peer attitudes, although these scores were slightly lower (cigarette smoking, $M = 2.34$, $SD = 0.95$; binge drinking, $M = 2.23$, $SD = 0.98$; cannabis use, $M = 2.10$, $SD = 1.13$). Frequency of engagement in cigarette smoking, binge drinking, and cannabis use are reported in Table 1.

Preliminary Analyses for the Structural Equation Models

First, the absence of multicollinearity was verified through correlational analyses, where all Pearson correlation coefficients ranged from $r = 0.01$ to $r = 0.77$ (Table 2). Based on these findings, the assumption of absence of multicollinearity was respected as no Pearson correlation coefficients exceeded 0.90 (Hair et al. 2017). Notably, the highest correlation coefficients were reported for perceptions of harm and perceived peer or parental attitudes towards the three different substances, with these variables not being included in the same mediation models. Second, values of skewness and kurtosis were within the acceptable range (± 1.96 ; Abu-Bader, 2010) except for the three included substance use variables. Given these findings, a decision was made to recode these dependent variables categorically in order to account for the fact that a majority of the youth reported no engagement in these substances over the past month (97.8% cigarette smoking; 92.9% binge drinking; 91.5% cannabis use). Lastly, all independent and mediator variables were measured at the interval or ratio level. Prior to conducting the structural equation models, the unmediated models were analyzed when controlling for sex and age, confirming the presence of a significant relationship between ACEs and past month cigarette smoking ($\beta = 0.17$, $SE = 0.02$, $p < .001$), past month binge drinking ($\beta = 0.14$, $SE = 0.01$, $p < .001$), and past month cannabis use ($\beta = 0.30$, $SE = 0.03$, $p < .001$).

Table 2. Pearson correlation coefficients of the variables

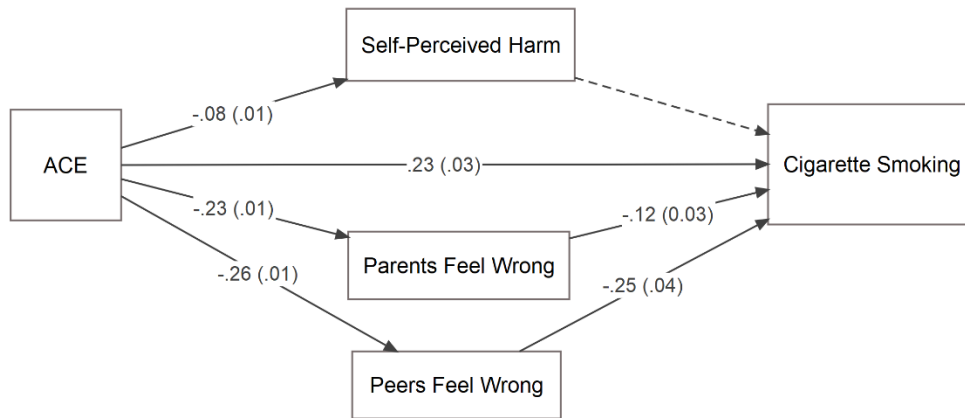
Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Gender (male=0)	-														
2. Age	-.05 ^a	-													
3. ACE sum	.14 ^a	.13 ^a	-												
4. Self-Perceived Harm (Cig.)	.05 ^a	.01 ^c	-.06 ^a	-											
5. Parents feel wrong (Cig.)	.08 ^a	-.10 ^a	-.22 ^a	.23 ^a	-										
6. Peers feel wrong (Cig.)	.14 ^a	-.26 ^a	-.26 ^a	.17 ^a	.50 ^a	-									
7. Self-Perceived Harm (BD)	.07 ^a	-.08 ^a	-.08 ^a	.61 ^a	.20 ^a	.19 ^a	-								
8. Parents feel wrong (BD)	.09 ^a	-.18 ^a	-.18 ^a	.21 ^a	.69 ^a	.42 ^a	.23 ^a	-							
9. Peers feel wrong (BD)	.14 ^a	-.24 ^a	-.24 ^a	.13 ^a	.42 ^a	.77 ^a	.22 ^a	.50 ^a	-						
10. Self-Perceived Harm (Can.)	.07 ^a	-.23 ^a	-.23 ^a	.45 ^a	.25 ^a	.30 ^a	.53 ^a	.24 ^a	.29 ^a	-					
11. Parents feel wrong (Can.)	.05 ^a	-.31 ^a	-.31 ^a	.15 ^a	.68 ^a	.44 ^a	.17 ^a	.59 ^a	.41 ^a	.38 ^a	-				
12. Peers feel wrong (Can.)	.09 ^a	-.32 ^a	-.32 ^a	.08 ^a	.39 ^a	.75 ^a	.15 ^a	.35 ^a	.71 ^a	.44 ^a	.55 ^a	-			
13. Cigarette smoking	-.05 ^a	.13 ^a	.13 ^a	-.05 ^a	-.19 ^a	-.19 ^a	-.07 ^a	-.12 ^a	-.14 ^a	-.09 ^a	-.16 ^a	-.15 ^a	-		
14. Binge drinking	-.02 ^c	.17 ^a	.17 ^a	-.05 ^a	-.16 ^a	-.25 ^a	-.10 ^a	-.15 ^a	-.24 ^a	-.16 ^a	-.19 ^a	-.27 ^a	.31 ^a	-	
15. Cannabis use	-.03 ^b	.23 ^a	.23 ^a	-.05 ^a	-.20 ^a	-.28 ^a	-.08 ^a	-.23 ^a	-.25 ^a	-.23 ^a	-.35 ^a	-.39 ^a	.29 ^a	.48 ^a	-

Note. Cig. = cigarette; DB = binge drinking; Can. = cannabis. ^a = $p \leq .01$; ^b = $p \leq .01$; ^c = $p < .05$.

Mediation Model for ACEs and Substance Use

The mediation models investigating the relationship between ACEs, perceptions of harm, perceived peer/parental attitudes, and substance use are shown in Figures 1, 2, and 3. There were three separate parallel mediation paths through which ACEs were hypothesized to be associated with each substance use behavior: i) perceptions of harm, ii) parental attitudes, and iii) peer attitudes. Regarding the mediation model for past month cigarette use, when the mediator variables were included in the model, the direct path from ACEs to cigarette smoking remained significant ($\beta = 0.23$, $SE = 0.03$, $p < .001$), indicating the presence of a partial mediation by the mediator variables on this relationship. All direct paths in the model were statistically significant, with the exception of the relationship between perceptions of harm and cigarette smoking. Logistic regression ORs indicated that each additional ACE increased the risk of past month cigarette smoking 1.3 times, with negative parental attitudes (OR = 0.66) and negative peer attitudes (OR = 0.54) reducing this risk. The total indirect effect from ACEs to past month cigarette smoking was statistically significant ($\beta = 0.10$, $SE = 0.009$, $p < .001$), explaining 14.7% of the variance in past month cigarette smoking. The specific indirect effect from ACEs to past month cigarette smoking was mediated by both parental attitudes ($\beta = 0.03$, $SE = 0.006$) and peer attitudes ($\beta = 0.07$, $SE = 0.01$). Individuals that experienced a greater number of ACEs reported more positive attitudes by parents and peers towards cigarette smoking, whereby more negative attitudes by parents and peers were related to a decrease in past month cigarette smoking.

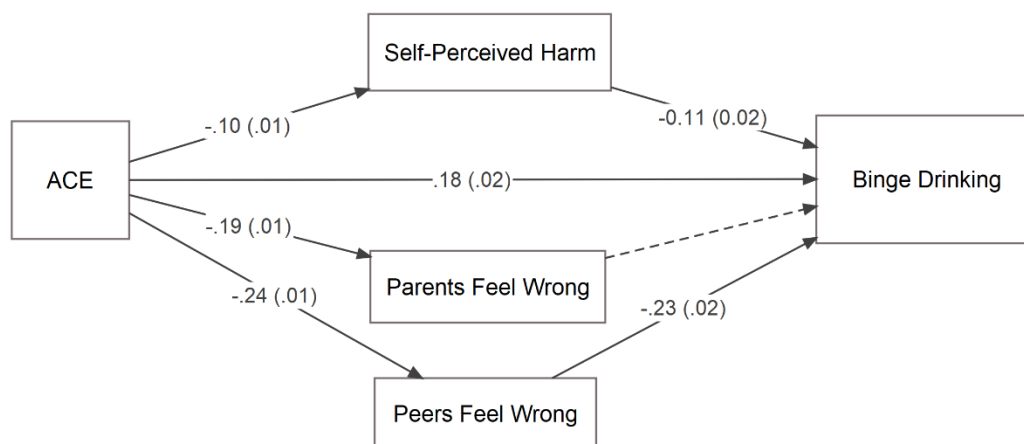
Figure 1. Parallel mediation model whereby parental and peer perceptions of harm mediate the relationship between adverse childhood experiences and past month cigarette smoking.



Note. Non-significant paths are represented by dotted lines.

As for the mediation model for past month binge drinking, with the mediator variables included in the model, the direct path from ACEs to binge drinking remained significant ($\beta = 0.18$, $SE = 0.02$, $p < .001$), indicating the presence of a partial mediation by the mediator variables on this relationship. All direct paths in the model were statistically significant, with the exception of the relationship between parental attitudes and binge drinking. Logistic regression ORs indicated that each additional ACE increased the risk of past month binge drinking 1.2 times, with greater perceptions of harm (OR = 0.78) and negative peer attitudes (OR = 0.89) reducing this risk. The total indirect effect from ACEs to past month binge drinking was statistically significant ($\beta = 0.07$, $SE = 0.01$, $p < .001$), explaining 12.8% of the variance in past month binge drinking. The specific indirect effect from ACEs to past month binge drinking was mediated by perceptions of harm ($\beta = 0.01$, $SE = 0.003$) and peer attitudes ($\beta = 0.06$, $SE = 0.006$). Individuals that experienced a greater number of ACEs reported lesser risks associated with binge drinking and more positive attitudes by peers, whereby greater perceptions of risk and more negative attitudes by peers were related to a decrease in past month binge drinking.

Figure 2. Parallel mediation model whereby perceptions of harm and peer perceptions of harm mediate the relationship between adverse childhood experiences and past month binge drinking.

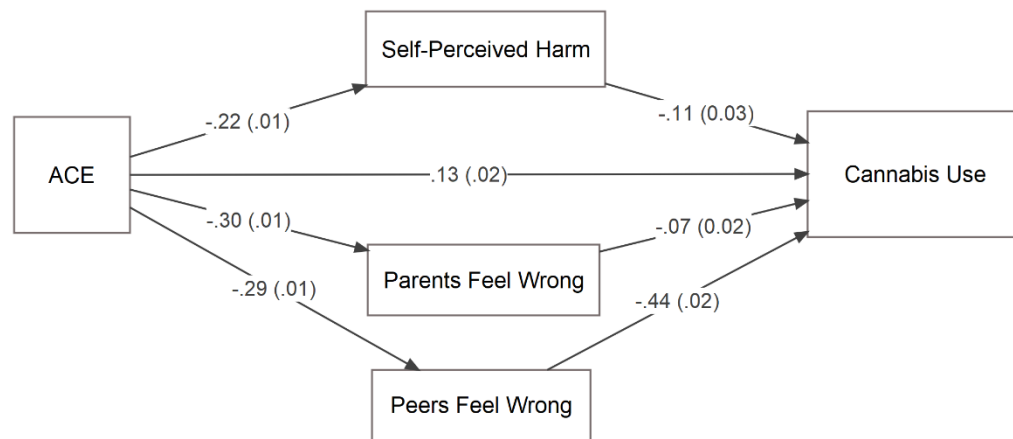


Note. Non-significant paths are represented by dotted lines.

For past month cannabis use, when the mediator variables were included in the model, the direct path from ACEs to cannabis use remained significant ($\beta = 0.13$, $SE = 0.02$, $p < .001$), indicating the presence of a partial mediation

by the mediator variables on this relationship. All direct paths in the model were statistically significant. Logistic regression ORs indicated that each additional ACE increased the risk of past month cannabis use 1.2 times, with greater perceptions of harm (OR = 0.78), negative parental attitudes (OR = 0.80), and negative peer attitudes (OR = 0.37) reducing this risk. The total indirect effect from ACEs to past month cannabis use was statistically significant ($\beta = 0.17$, $SE = 0.01$, $p < .001$) explaining 22.2% of the variance in past month cannabis use. The specific indirect effect from ACEs to past month cannabis use was mediated by perceptions of harm ($\beta = 0.02$, $SE = 0.01$), parental attitudes ($\beta = 0.02$, $SE = 0.01$), and peer attitudes ($\beta = 0.13$, $SE = 0.01$). Individuals that experienced a greater number of ACEs reported lesser risks associated with cannabis use and more positive attitudes by parents and peers towards cannabis use, whereby greater perceptions of risk and more negative attitudes by parents and peers were related to a decrease in past month cannabis use.

Figure 3. Parallel mediation model whereby perceptions of harm and parental and peer perceptions of harm mediate the relationship between adverse childhood experiences and past month cannabis use.



Note. Non-significant paths are represented by dotted lines.

Discussion

The current study aimed to investigate the role of perceptions of harm and peer/parental attitudes as mediators in the relationship between ACEs and substance use. Previous research has consistently demonstrated that exposure and experience with ACEs increases the likelihood of engaging in substance use both in adolescence and adulthood (Anda et al., 2006; Gonçalves et al., 2016; Lane et al., 2016; Roberts et al., 2017; Schwaninger et al., 2017; Sharma & Sacco, 2015; Shonkoff et al., 2012; Shultz et al., 2016) and that increased perceptions of harm and negative peer and parental attitudes towards substance use engagement is significantly related to decreased levels of adolescent substance use (Scheer et al., 2000, Wright et al. 2014, Zimmerman & Farrell, 2017).

Results from the mediation analyses partially confirmed the hypotheses for the present study. The relationship between ACEs and past month cigarette smoking was significantly mediated by perceived parental and peer attitudes, but not by perceptions of harm. Specifically, as parents' and peers' negative attitudes towards smoking increased, the likelihood of past month cigarette use decreased. Similar results were found for the relationship between ACEs and past month cannabis use wherein, both parental and peer attitudes, in addition to perceptions of harm, were significant mediators in this relationship. As perceptions of harm and parents' and peers' negative attitudes towards cannabis use increased, the likelihood of past month cannabis use decreased. A partial mediation was also found for binge drinking wherein perceptions of harm and peer attitudes were significant mediators in the relationship between ACEs and past month binge drinking, but parental attitudes were not. As perceptions of harm and negative attitudes by peers increased, the likelihood of past month binge drinking decreased.

A noteworthy finding of the present study was how perceptions of harm were a significant mediator in the relationship between ACEs and both binge drinking and cannabis use. Given the previous research identifying associations between greater perceptions of harm and higher levels of SSE (Zullig & Vallois, 2016), it is possible that

greater self-efficacy levels are a protective factor against binge drinking and cannabis use among youth who experienced ACEs. Moreover, adolescent binge drinking and cannabis use have been identified as having a significant social component (Chung et al., 2018; Tucker et al., 2014), with a greater likelihood for youth with higher levels of SSE to verbalize their beliefs about the risk of harm associated with these substances and, in turn, refuse to engage in such behaviors. Alternatively, previous studies have found that two key risk factors for adolescent substance use is exposure to substance-related content in the media and alcohol/cannabis use norms (e.g., beliefs about peer alcohol/cannabis consumption). Exposure to alcohol content via the media has been reported as influencing normative beliefs about alcohol use (Jackson et al., 2018) and exposure to cannabis advertising on social media has been associated with increases in cannabis use (Whitehill et al., 2020). Given that adolescents have been found to spend up to eight hours a day online and can be exposed to several sources of alcohol/cannabis advertisements (Barry et al., 2016; Center on Alcohol Marketing and Youth, 2012; Whitehill et al., 2020), the media may serve as a source of increasing normative beliefs and decreasing perceptions of harm for alcohol and cannabis use. Given these findings, it is possible that perceptions of harm was only a significant mediator for alcohol and cannabis use due to the saturation of alcohol and cannabis content in adolescent directed media when compared to the relative paucity of tobacco-related advertising (Weitzman & Lee, 2020). However, as exposure to alcohol and cannabis-related advertisements was not measured in the present study, future research measuring the extent of this exposure is necessary to empirically evaluate the associations between these variables.

Peer attitudes were a significant mediator in the relationship between ACEs and all three substances indicating a small to medium effect in reducing the risk for past month alcohol, cigarette, and cannabis use. A six-year longitudinal study by Lee et al. (2017) examined both peer and parental influences on adolescent substance use (including cigarette smoking and cannabis use). Results demonstrated that parental warmth only had an indirect effect in early adolescence through adolescent self-regulation and peer association, while deviant peer association was positively associated with substance use. This is in line with study results that demonstrated that both parent and peer attitudes mediated the relationship between ACE and cannabis/cigarette use, with peer attitudes being a stronger mediator for cannabis use when compared to cigarette smoking. Although additional research is necessary to assess the degree of involvement with delinquent peers and how this risk factor is associated in the relationship between ACEs and substance use, these results may be indicative of a process of social referencing, where youth integrate their peers' perceptions of substance use into their own understanding (Clément & Dukes, 2017; Wekerle, 2020) which may have a protective effect against substance use.

Finally, results demonstrated a significant association between reporting a higher number of ACEs and perceiving parents and peers as having more favorable attitudes towards substance use. This is consistent with previous research indicating that ACEs not only include harmful acts of emotional and physical abuse, but also harmful parental behaviors such as parental substance abuse (Gauffin et al., 2016). In fact, research has identified that with each additional household dysfunction ACE, there was a 75% increase in cannabis use (McCoy et al., 2020). This is consistent with the finding that youth who report poorer parent-youth relationship and lower parental monitoring are more likely to engage in increased cannabis use and cigarette smoking (Borca et al., 2017; Rusby et al., 2018).

From a youth resiliency framework, results from the present study demonstrate the importance of increasing resilience among youth who are at-risk of substance use behaviors, such as those who have experienced multiple ACEs. Given these findings, early interventions that promote emotional understanding, build self-regulation and coping skills, and strengthen social support systems may play an important role in helping children and adolescents who were exposed to early ACEs better develop into adolescence and creating stronger models of resiliency (Blaustein & Kinniburgh, 2018). Children who have experienced adversity need adults who can assist in improving their physical health and mental well-being, while parents and educators need to play a key role in recognizing and reacting to children experiencing early trauma by creating environments that reduce short-term effects and can promote the growth of protective factors (Sciaraffa et al., 2018). In a 10-year longitudinal study conducted by Sanders et al. (2020), children with high levels of ACE exposure who participated in the Research-based, Developmentally Informed (REDI) preschool intervention demonstrated decreased social-emotional distress and stronger school bonding experiences in adolescence. REDI is a resilience-focused, school-based intervention that has the potential to be delivered in classrooms to many young, at-risk children at a relatively low cost (Sanders et al., 2020). Furthermore, it provides evidence that increasing protective factors and resiliency in childhood promotes stronger mental health outcomes later in life. It is essential that these types of prevention programs be readily available to at-risk students who have experienced high levels of adversity. Lastly, to intervene with adolescent youth, in-school programs that integrate social and emotional learning standards into regular teaching (Ohio Department of Education, 2019) may be beneficial to

provide adolescents with the attitudes and skills necessary to understand and manage emotions, make responsible decisions, and establish and maintain positive relationships with their peers.

Limitations and Implications for Future Research

This research examined the relationship among ACEs and substance use and the mediating effect of perceptions of harm and parental/peer attitudes towards substance use. As such, this study acts as a crucial step in understanding the potential protective factors in substance use engagement in order to build resiliency for adolescents who have experienced ACEs. However, several limitations should be addressed. First, given that the data is cross-sectional, it is impossible to assess a causal relationship between the ACEs and substance use. Additionally, it is often not ideal to use cross-sectional data for mediation models. However, within the survey, ACEs were asked in a retrospective manner, whereas perceptions of harm and substance use were assessed at the time of participation. As such, although a limitation, the study results demonstrate a level of validity and add to the current literature in the field. Second, the present study used self-report data which allows for potential biases in responding. Given the sensitive nature of the survey questions, it is possible that some individuals did not respond truthfully. A series of checks and filters were employed to confirm validity and sincerity of the responses; however, it is impossible to validate each respondent's true engagement. Third, the questions regarding perceptions of harm were not always consistent across substances (e.g., parents or friends feel it would be wrong to "smoke tobacco", "have one or two alcohol beverages nearly everyday" or "smoke marijuana") or equivalent in the extent of their potential harm (e.g., risk of harm from smoking "one or more packs of cigarettes per day" versus "marijuana once or twice a week"). These potential differences in measurement may make comparison results across substances more difficult to conclude. Additionally, although the ADAMHS youth surveys are provided to all public schools within the Wood County district, a certain level of selection biases may have occurred. For instance, this data collection method may exclude adolescents who are home-schooled, go to private school, or may have dropped-out of school. Further, participation in the survey is still dependent on parent and adolescent consent. However, the large sample size and rate of public-school registration in the U.S (89%; National Center for Education Statistics, 2019) does allow for some level of generalizability. Finally, although the large sample size allows for greater generalizability, the data was only collected from one county (Wood County), within one state (Ohio). As such, it may not be representative of adolescent behaviors more broadly. Future longitudinal studies should investigate this relationship on a larger scale and at multiple time points in order to identify the temporal relationship between ACEs, perceptions of harm, parent/peer attitudes, and substance use.

Conclusion

Adolescence is a time of exploration and increased independence often associated with higher levels of engagement in risky behaviors. Youth who have a history or who are currently experiencing ACEs are often at increased risk for substance use, potentially as a coping mechanism to deal with the difficulties associated with ACEs. While ACEs are unchangeable once they occur, understanding factors that can lead to increased resiliency among adolescents allows for better intervention programming to be established. The present study would suggest that prevention programs and interventions should focus on increasing perceptions of harm among adolescent youth, along with educating parents and peers in order to prevent engagement in substance use.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

- Abu-Bader, S. H. (2010). *Advanced and multivariate statistical methods for social science research with a complete SPSS guide*. Lyceum Books.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anda, R. F., Fleisher, V. I., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Whitfield, C. L., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2004). Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. *The Permanente Journal*, *8*(1), 30-38. <https://doi.org/10.7812/tpp/03-089>
- Barkin, S. L., Smith, K. S., & DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young

- adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30(6), 448-454. [https://doi.org/10.1016/s1054-139X\(01\)00405-0](https://doi.org/10.1016/s1054-139X(01)00405-0)
- Barry, A. E., Bates, A. M., Olusanya, O., Vinal, C. E., Martin, E., Peoples, J. E., & Montano, J. R. (2016). Alcohol marketing on twitter and instagram: Evidence of directly advertising to youth/adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 487-492. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv128>
- Berg, C. J., Stratton, E., Schauer, G. L., Lewis, M., Wang, Y., Windle, M., & Kegler, M. (2015). Perceived harm, addictiveness, and social acceptability of tobacco products and marijuana among young adults: Marijuana, hookah, and electronic cigarettes win. *Substance Use and Misuse*, 50(1), 79-89. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.958857>
- Bishop, J. A., & Inderbitzen, H. M. (1995). Peer acceptance and friendship: An investigation of their relation to self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 15(4), 476-489. <https://doi.org/10.1177/0272431695015004005>
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency* (2nd ed.). Guilford Press.
- Borca, G., Rabaglietti, E., Roggero, A., Keller, P., Haak, E., & Begotti, T. (2017). Personal values as a mediator of relations between perceived parental support and control and youth substance use. *Substance Use & Misuse*, 52(12), 1589-1601. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293103>
- Brett, E. I., Espeleta, H. C., Lopez, S. V., Leavens, E. L. S., & Leffingwell, T. R. (2018). Mindfulness as a mediator of the association between adverse childhood experiences and alcohol use and consequences. *Addictive Behaviors*, 84, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.002>
- Caffray, C. M., & Schneider, S. L. (2000). Why do they do it? Affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition & Emotion*, 14(4), 543-576. <https://doi.org/10.1080/026999300402790>
- Cavanaugh, C. E., Petras, H., & Martins, S. S. (2015). Gender-specific profiles of adverse childhood experiences, past year mental and substance use disorders, and their associations among a national sample of adults in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1257-1266. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1024-3>
- Center on Alcohol Marketing and Youth. (2012). *Youth exposure to alcohol advertising on television, 2001 to 2009*. Center on Alcohol Marketing and Youth. https://wwwapp.bumc.bu.edu/BEDAC_Camy/_docs/resources/reports/youth-exposure-alcohol-advertising-tv-01-09-full-report.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey ACE Data, 2009-2014*. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Chung, T., Creswell, K. G., Bachrach, R., Clark, D. B., & Martin, C. S. (2018). Adolescent Binge Drinking. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(1), 5-15. <https://arcr.niaaa.nih.gov/binge-drinking-predictors-patterns-and-consequences/adolescent-binge-drinking>
- Clément, F., & Dukes, D. (2017). Social appraisal and social referencing: Two components of affective social learning. *Emotion Review*, 9(3), 253-261. <https://doi.org/10.1177/1754073916661634>
- Derevensky, J. (2012). *Teen gambling: Understanding a growing epidemic*. Rowman & Littlefield Publishing.
- Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., Brady, K., Poling, J., Farrer, L., & Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.004>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00123-3)
- Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., & Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.E1-444.E10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>
- Duke, N. N. (2018). Adolescent adversity and concurrent tobacco, alcohol, and marijuana use. *American Journal of Health Behaviors*, 42(5), 85-99. <https://doi.org/10.5993/ajhb.42.5.8>
- Fagan, A. A., Lee, M., Horn, V., Hawkins, D., & Jaki, T. (2013). Differential effects of parental controls on adolescent substance use: For whom is the family most important? *Journal of Quantitative Criminology*, 29(3), 347-368. <https://doi.org/10.1007/s10940-012-9183-9>
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (pp. 77-87). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.010>

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Forster, M., Rogers, C. J., Benjamin, S. M., Grigsby, T., Lust, K., & Eisenberg, M. E. (2019). Adverse childhood experiences, ethnicity, and substance use among college students: Findings from a two-state sample. *Substance Use and Misuse, 54*(14), 2368-2379. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1650772>
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development, 63*(1), 103-115. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb03599.x>
- Gauffin, K., Hjern, A., Vinnerljung, B., & Björkenstam, E. (2016). Childhood household dysfunction, social inequality and alcohol related illness in young adulthood. A Swedish National Cohort Study. *PLOS One, 11*(3), e0151755. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151755>
- Giano, Z., Wheeler, D. L., & Hubach, R. D. (2020). The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health, 20*, Article 1327. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09411-z>
- Gonçalves, H., Soares, A. L., Santos, A. P., Ribeiro, C. G., Bierhals, I. O., Vieira, L. S., Hellwig, N., L., Wehrmeister, F., C., & Menezes, A. M. (2016). Adverse childhood experiences and consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs among adolescents of a Brazilian birth cohort. *Cadernos de Saúde Pública, 32*(10), Article e00085815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085815>
- Gould, D. A., Stevens, N. G., Ward, N. G., Carlin, A. S., Sowell, H. E., & Gustafson, B. (1994). Self-reported childhood abuse in an adult population in a primary care setting. Prevalence, correlates, and associated suicide attempts. *Archives of Family Medicine, 3*(3), 252-256. <https://doi.org/10.1001/archfami.3.3.252>
- Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). Research review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(6), 618-627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2007). *Multivariate data analysis (6th ed.)*. Pearson Education.
- Harris, K. M., & Edlund, M. J. (2005). Self-medication of mental health problems: New evidence from a national survey. *Health Services Research, 40*(1), 117-134. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00345.x>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64-105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics, 113*(2), 320-327. <https://doi.org/10.1542/peds.113.2.320>
- Hogarth, L., & Hardy, L. (2018). Depressive statements prime goal-directed alcohol-seeking in individuals who report drinking to cope with negative affect. *Psychopharmacology, 235*, 269-279. <http://doi.org/10.1007/s00213-017-4765-8>
- Hussong, A. M. (2002). Differentiating peer contexts and risk for adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(3), 207-220. <https://doi.org/10.1023/A:1015085203097>
- Jackson, K. M., Janssen, T., & Gabrielli, J. (2018). Media/marketing influences on adolescent and young adult substance abuse. *Current Addiction Reports, 5*(2), 146-157. <https://doi.org/10.1007/s40429-018-0199-6>
- Jessor, R. (1998). *New Perspective on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge University. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511571138>
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2020). *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2019: 2019 Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use*. Institute for Social Research, the University of Michigan. <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2019.pdf>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Lane, W., Sacco, P., Downton, K., Ludeman, E., Levy, L., & Tracy, J. K. (2016). Child maltreatment and problem gambling: A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 58*, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.003>
- Lee, C-T., Padilla-Walker, L. M., & Memmott-Elison, M. K. (2017). The role of parents and peers on adolescents' prosocial behavior and substance use. *Journal of Social and Personal Relationships, 34*(7), 1053-1069. <https://doi.org/10.1177/0265407516665928>
- Lil, T., Tiffany, T., Jasminka, D., & Christine, W. (2010). A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews, 6*(3), 223-234. <http://doi.org/10.2174/157340010791792581>
- Loukas, A., Cance, J. D., & Batanova, M. (2016). Trajectories of school connectedness across the middle school years: Examining the roles of adolescents' internalizing and externalizing problems. *Youth & Society, 48*(4), 557-567. <https://doi.org/10.1177/0044118X13504419>
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.),

Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (pp. 740-795). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>

- Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction, 95*(11), 1621-1630. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.951116213.x>
- Marchica, L. A., Richard, J., Ivoska, W., & Derevensky, J. L. (2020). Adverse childhood experiences and addictive behaviors in adolescence: The moderating effect of internalizing and externalizing symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00288-y>
- Maxwell, K. A. (2002). Friends: The role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(4), 267-277. <https://doi.org/10.1023/a:1015493316865>
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Derogatis, L. R., & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *JAMA, 277*(17), 1362-1368. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540410040028>
- McCoy, K., Tibbs, J. J., DeKraai, M., & Hansen, D. J. (2020). Household dysfunction and adolescent substance use: Moderating effects of family, community, and school support. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 29*(1), 68-79. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2020.1837320>
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: a cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 917-925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>
- Morgan, S. L., & Todd, J. J. (2009). Intergenerational closure and academic achievement in high school: A new evaluation of Coleman's conjecture. *Sociology of Education, 82*(3), 267-286. <https://doi.org/10.1177/003804070908200304>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide (8th ed.)*. Muthén & Muthén.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., & Arnett, M. (2003). Attitude and peer influences on adolescent substance use: The moderating effect of age, sex, and substance. *Journal of Drug Education, 33*(1), 1-23. <https://doi.org/10.2190/yed0-bqa8-5rvx-95jb>
- National Center for Education Statistics. (2019). *Fast facts: Back to school statistics*. <https://nces.ed.gov/fastfacts/display.asp?id=372>
- Nurius, P. S., Logan-Greene, P., & Green, S. (2012). Adverse childhood experiences (ACE) within a social disadvantage framework: Distinguishing unique, cumulative, and moderated contributions to adult mental health. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 40*(4), 278-290. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707443>
- Ohio Department of Education. (2019). *Social and emotional learning standards*. <http://education.ohio.gov/Topics/Learning-in-Ohio/Social-and-Emotional-Learning/Social-and-Emotional-Learning-Standards>
- Pizzolongo, P., & Hunter, A. (2011). I am safe and secure: Promoting resilience in young children. *Young Children*. <https://openlab.bmcc.cuny.edu/ece-110-lecture/wp-content/uploads/sites/98/2019/12/Pizzolongo-Hunter-2011.pdf>
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 842-855. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.012>
- Roberts, A., Sharman, S., Coid, J., Murphy, R., Bowden-Jones, H., Cowlishaw, S., & Landon, J. (2017). Gambling and negative life events in a nationally representative sample of UK men. *Addictive Behaviors, 75*, 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.002>
- Robertson, A. A., Xu, X., & Stripling, A. (2010). Adverse events and substance use among female adolescent offenders: Effects of coping and family support. *Substance Use and Misuse, 45*(3), 451-472. <https://doi.org/10.3109/10826080903452512>
- Rohrbeck, C. A. (2003). Peer relationships, adolescence. In T. P. Gullotta, M. Bloom, J. Kotch, C. Blakely, L. Bond, G. Adams, C. Browne, W. Klein, & J. Ramos (Eds.), *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* (pp. 808-812). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0195-4_118
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., & Westling, E. (2018). Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology, 32*(3), 310-320. <https://doi.org/10.1037/fam0000350>
- Salvy, S., Pedersen, E. R., Miles, J. N., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2014). Proximal and distal social influence on alcohol consumption and marijuana use among middle school adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 144*, 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.012>
- Sanders, J., Hershberger, A. R., Kolp, H. M., Um, M., Aalsma, M., & Cyders, M. A. (2018). PTSD symptoms mediate the relationship between sexual abuse and substance use risk in juvenile justice-involved youth. *Child Maltreatment, 23*(3), 226-233. <https://doi.org/10.1177/1077559517745154>
- Sanders, M. T., Welsh, J. A., Bierman, K. L., & Heinrichs, B. S. (2020). Promoting resilience: A preschool intervention enhances the adolescent adjustment of children exposed to early adversity. *School Psychology, 35*(5), 285-298.

<https://doi.org/10.1037/spq0000406>

- Scheer, S. D., Borden, L. M., & Donnermeyer, J. F. (2000). The relationship between family factors and adolescent substance use in rural, suburban, and urban settings. *Journal of Child and Family Studies, 9*(1), 105-115. <https://doi.org/10.1023/A:1009467817313>
- Schwanger, P. V., Mueller, S. E., Dittmann, R., Poespodihardjo, R., Vogel, M., Wiesbeck, G. A., Walter, M., & Petitjean, S. A. (2017). Patients with non-substance-related disorders report a similar profile of childhood trauma experiences compared to heroin-dependent patients. *The American Journal of Addiction, 26*(3), 215-220. <https://doi.org/10.1111/ajad.12512>
- Sciaraffa, M. A., Zeanah, P. D., & Zeanah, C. H. (2018). Understanding and promoting resilience in the context of adverse childhood experiences. *Early Childhood Education Journal, 46*(3), 343-353. <https://doi.org/10.1007/s10643-017-0869-3>
- Sharma, A., & Sacco, P. (2015). Adverse childhood experiences and gambling: Results from a national survey. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 15*(1), 25-43. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.996502>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood, D. L., & Committee on psychosocial aspects of child and family health, Committee on early childhood, adoption, and dependent care, Section on developmental and behavioral pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shultz, S. K., Shaw, M., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2016). Intergenerational childhood maltreatment in persons with DSM-IV pathological gambling and their first-degree relatives. *Journal of Gambling Studies, 32*(3), 877-887. <http://doi.org/10.1007/s10899-015-9588-0>
- Sonu, S., Post, S., & Feinglass, J. (2019). Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. *Preventive Medicine, 123*, 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.032>
- Tang, S., Ports, K. A., Zhang, K., & Lin, H-C. (2020). Adverse childhood experiences, internalizing/externalizing symptoms, and associated prescription opioid misuse: A mediation analysis. *Preventive Medicine, 134*, Article 106034. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106034>
- Tapert, S. F., Granholm, E., Leedy, N. G., & Brown, S. A. (2002). Substance use and withdrawal: Neuropsychological functioning over 8 years in youth. *Journal of the International Neuropsychological Society, 8*(7), 873-883. <https://doi.org/10.1017/S1355617702870011>
- Tucker, J. S., de la Haye, K., Kennedy, D. P., Green, H. D., Jr, & Pollard, M. S. (2014). Peer influence on marijuana use in different types of friendships. *The Journal of Adolescent Health: Official publication of the Society for Adolescent Medicine, 54*(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.025>
- Van Niel, C., Pachter, L. M., Wade, R., Jr., Felitti, V. J., & Stein, M. T. (2014). Adverse events in children: Predictors of adult physical and mental conditions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 35*(8), 549-551. <https://doi.org/10.1097/DBP.000000000000102>
- Weitzman, M., & Lee, L. (2020). Similarities between alcohol and tobacco advertising exposure and adolescent use of each of these substances. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s19)*, 97-105. <https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.97>
- Wekerle, C. (2020). From adverse childhood experiences to wellbeing: Portfolios of resilience. *International Journal of Child and Adolescent Resilience, 7*(1), 32-38. <https://doi.org/10.7202/1072586ar>
- Whitehill, J. M., Trangenstein, P. J., Jenkins, M. C., Jernigan, D. H., & Moreno, M. A. (2020). Exposure to cannabis marketing in social and traditional media and past-year use among adolescents in states with legal retail cannabis. *The Journal of Adolescent Health, 66*(2), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.024>
- Wright, E. M., Fagan, A. A., & Pinchevsky, G. M. (2014). Penny for your thoughts? The protective effect of youth' attitudes against drug use in high-risk communities. *Youth Violence and Juvenile Justice, 14*(2), 110-129. <https://doi.org/10.1177/1541204014562074>
- Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E., & Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine, 6*(1), Article 1581447. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1581447>
- Zimmerman, G. M., & Farrell, C. (2017). Parents, peers, perceived risk of harm, and the neighborhood: Contextualizing key influences on adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence, 46*(1), 228-247. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0475-5>
- Zullig, K. J., & Valois, R. F. (2016). Perceptions of harm from substance use and social self-efficacy among early adolescents. *Journal of Drug Education, 46*(3-4), 96-112. <https://doi.org/10.1177/0047237917735043>

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés

Aude VILLATTE^{1,2,3}, Geneviève PICHÉ^{1,2,3} et Rima HABIB^{1,2}

1 Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

2 Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches (LaPProche)

3 Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

Auteur de correspondance : Aude Villatte, Ph.D, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais 5, rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme (Qc), Téléphone : 1-800-567-1283 (poste #4121).

Courriel : aude.villatte@uqo.ca

Résumé

Objectifs : Cette étude visait à : a) préciser le vécu des Jeunes ayant un Parent atteint d'un Trouble Mental (JPTM) au cours de leur transition vers l'âge adulte, en mettant en évidence tant les défis qu'ils rencontrent que les facteurs de protection leur permettant de composer avec ces défis; b) identifier des pistes de solution à envisager pour soutenir la résilience des JPTM transitant vers l'âge adulte.

Méthode : Les données ont été recueillies au cours d'ateliers Photovoice menés auprès de neuf participants (âge moyen : 22,5 ans). Cinq rencontres de deux heures ont permis à ces jeunes d'échanger autour de photographies au cours du printemps 2019. L'analyse de contenu des données retranscrites a été réalisée en collaboration avec les participants.

Résultats : Le fait d'avoir un parent atteint d'un trouble mental apporte son lot de défis lors de la transition vers l'âge adulte, en influençant notamment la prise d'autonomie, la construction identitaire et le parcours académique ou professionnel des jeunes. Un certain nombre de ressources individuelles, relationnelles et contextuelles sont identifiées, par les jeunes eux-mêmes, comme des facteurs leur permettant de composer avec ces défis. Des pistes de solutions impliquant différents milieux (scolaire, communautaire, santé et services sociaux) sont proposées pour soutenir la transition vers l'âge adulte des JPTM.

Implications : Des recommandations pratiques sont formulées sur la base des pistes de solutions proposées par les jeunes et des meilleures pratiques recensées dans la littérature.

Mots-clés : Photovoice; transition vers l'âge adulte; parent atteint d'un trouble mental; défis; facteurs de protection.

Introduction

Le fait d'avoir un parent atteint d'un trouble mental constitue un facteur de vulnérabilité majeur, prédisposant aux problèmes de santé mentale et aux difficultés d'adaptation psychosociale et scolaire tout au long du développement. Durant l'enfance, les jeunes ayant un parent atteint d'un trouble mental (JPTM) démontrent davantage de problèmes émotionnels, d'hyperactivité et d'agressivité et plus de problèmes cognitifs (notamment langagiers), comparativement à leurs pairs de la population générale (Letourneau *et al.*, 2006). À l'adolescence et au cours de la transition vers l'âge adulte, les JPTM sont plus à risque d'avoir des difficultés académiques et d'abandonner leurs études, de présenter des comportements délinquants, une consommation problématique de substances et des problèmes de santé mentale, comparativement à leurs pairs du même âge (Bergeron *et al.*, 2000; Ellis et Hoskin, 2018; Ensminger *et al.*, 2003; Jacobs *et al.*, 2015; Ng-Knight *et al.*, 2018; van Santvoort *et al.*, 2015; Weissman *et al.*, 2006). Le risque que ces jeunes développent de telles difficultés peut toutefois être réduit de moitié si des mesures de soutien et des interventions appropriées sont mises à leur disposition (Siegenthaler *et al.*, 2012). Sachant que ces jeunes représentent au moins 20 % de la population âgée de 0 à 25 ans (van Loon *et al.*, 2015), et compte tenu des répercussions humaines et économiques considérables engendrées par les problèmes de santé mentale et les difficultés d'adaptation psychosociales (Weich *et al.*, 2011), la nécessité de développer des mesures de prévention et d'intervention efficaces pour cette clientèle figure au cœur des politiques de santé publique (p. ex., Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] du Québec, 2015, 2017).

La prise en compte du savoir expérientiel des personnes susceptibles d'utiliser des services en santé mentale et de leurs proches constituerait une approche probante pour s'assurer de la pertinence et de la qualité des mesures de soutien qui leur sont destinées (MSSS, 2016a). À cet effet, quelques études ont questionné des JPTM à propos de leur vécu et de leurs besoins (p. ex., Bosch *et al.*, 2017; Dam et Hall, 2016; Simpson-Adkins et Daiches, 2018; Yamamoto et Keogh, 2018). Celles-ci suggèrent que les JPTM rencontrent différents défis d'ordre familial, individuel et contextuel. La présence d'un parent atteint d'un trouble mental au sein d'une famille serait ainsi associée à : a) des relations parents-enfants moins positives, un risque accru d'abus, de négligence et d'exposition à de la violence conjugale au sein de la famille et une tendance à la parentification (c.-à-d., inversion des rôles parent-enfant); b) des difficultés de régulation émotionnelle, un style d'attachement insécure, des émotions telles que la tristesse, la honte ou la culpabilité, et un manque d'habiletés sociales chez le jeune; c) une situation de précarité financière, des préjugés à l'égard des problèmes de santé mentale et un faible soutien social dans les différents milieux de vie du jeune et de sa famille. Différents facteurs permettant à ces jeunes de faire face à ces défis (autrement dit, d'être « résilients ») sont également identifiés dans ces études, par les JPTM eux-mêmes : stratégies de gestion du stress efficaces, présence d'un parent ayant une bonne santé mentale, compréhension du trouble parental, relations positives avec d'autres membres familiaux (p. ex., fratrie, oncle/tante), participation à des activités de loisirs, accès à des ressources d'aide, etc.

Aussi intéressantes soient-elles, ces études ne permettent de comprendre précisément les enjeux ni les besoins spécifiques des JPTM au cours de leur transition vers l'âge adulte, aujourd'hui reconnue comme une période charnière du développement se déroulant approximativement entre 16 et 25 ans (Masten *et al.*, 2004; Roberge et Déplanche, 2017; Schulenberg *et al.*, 2004). En effet, celles-ci ont principalement été réalisées auprès d'enfants et d'adolescents (p. ex., Mordoch et Hall, 2008; Trondsen, 2012), auprès d'adultes rapportant leur expérience de façon rétrospective (p. ex., Metz et Jungbauer, 2021; Neziroglu *et al.*, 2020; Reupert *et al.*, 2019) ou encore auprès d'échantillons d'âges très variés sans tenir compte des spécificités développementales (p. ex., Bosch *et al.*, 2017; Dam et Hall, 2016; Simpson-Adkins et Daiches, 2018; Yamamoto et Keogh, 2018). Considérant que la période de transition vers l'âge adulte comporte ses propres défis (p. ex., prise d'autonomie financière, résidentielle et affective, découverte des études postsecondaires ou du monde du travail, choix déterminants pour la future vie adulte et consolidation de son identité, développement de relations intimes et stables; Arnett, 2014; Burt et Paysnick, 2012; Luecken et Gress, 2010) et constitue une période aussi bien propice aux difficultés adaptatives (Institute of Medicine and National Research Council, 2015; Leipold *et al.*, 2019) qu'aux trajectoires de résilience émergente (Goldstein *et al.*, 2013; Grob *et al.*, 2020; Masten *et al.*, 2004), il convient d'explorer davantage le vécu et les besoins des JPTM au cours de cette période. Une meilleure compréhension des facteurs susceptibles de soutenir la résilience des individus à cet âge de la vie serait un atout majeur pour favoriser des trajectoires adultes épanouies (Masten *et al.*, 2004; Schulenberg *et al.*, 2004) et limiter ainsi les risques de transmission intergénérationnelle des problèmes de santé mentale (Institute of Medicine and National Research Council, 2015).

Quelques rares études ont sollicité des JPTM transitant vers l'âge adulte afin de comprendre les défis qu'ils rencontrent, les moyens qu'ils sollicitent pour faire face à ces défis et leurs besoins en termes de soutien (p. ex., Abraham et Stein, 2013; Ali *et al.*, 2012; Brawer-Sherb *et al.*, 2020; Kaimal et Beardslee, 2015; Patrick *et al.*, 2019). Les participants

de ces études disent rencontrer plusieurs difficultés, principalement : inquiétude et culpabilité à l'idée de quitter son parent, difficulté à établir des relations amoureuses satisfaisantes, prise de nombreuses responsabilités pour soutenir leur parent, difficultés à maintenir leur propre santé mentale, etc. Le soutien social (p. ex., d'amis, d'un partenaire) et la prise de distance (physique et/ou émotionnelle) avec le parent sont présentés comme des facteurs de protection cruciaux. Ces jeunes souhaiteraient, par ailleurs, recevoir davantage d'informations sur le trouble mental de leur parent, avoir accès à un réseau de JPTM et à un professionnel de façon anonyme (p. ex., via Internet) et considèrent que des actions devraient être menées pour réduire la stigmatisation entourant les troubles mentaux.

En plus d'être peu nombreuses et majoritairement réalisées à l'étranger, les études ayant considéré le point de vue des JPTM transitant vers l'âge adulte présentent un certain nombre de limites. La plupart se centrent davantage sur les difficultés rencontrées par ces jeunes que sur leurs capacités adaptatives et n'abordent que certains aspects de l'expérience de ces jeunes (p. ex., phénomène de parentification, transition à la parentalité) ou encore les défis rencontrés par des JPTM d'un groupe très particulier (p. ex., filles de mères monoparentales ayant un trouble dépressif). Notons par ailleurs que ces études adoptent toutes des devis de recherche « traditionnels » en interrogeant les jeunes à l'aide de questionnaires ou d'entrevues et en considérant ceux-ci comme des « sujets de recherche » plutôt que comme des « partenaires de recherche » qui auraient, par exemple, la possibilité de participer à l'analyse des données. L'intérêt de recourir à des méthodes de recherche participatives axées sur des médiums artistiques – telle que la méthode Photovoice qui s'appuie sur la photographie et la narration (Wang et Burris, 1997) – a pourtant été démontré auprès d'autres clientèles, notamment dans le champ de la santé mentale (Douville *et al.*, 2017; Lorenz et Kolb, 2009; Marcotte *et al.*, 2019). Le fait de participer à ce type de recherche stimulerait la réflexion et l'expression des participants tout en leur permettant de devenir plus conscients des enjeux récurrents qu'ils rencontrent, d'envisager des solutions qui font sens collectivement et d'avoir le sentiment de contribuer à un changement social en produisant des données qui seront portées à la connaissance des décideurs.

Cet article rend donc compte d'une étude menée à l'aide de la méthode Photovoice dans le but de mieux comprendre comment soutenir la transition vers l'âge adulte des JPTM. Les objectifs poursuivis étaient, plus précisément : a) de cerner le vécu des JPTM au cours de la transition vers l'âge adulte, en mettant en évidence tant les défis qu'ils rencontrent que les facteurs de protection leur permettant de composer avec ces défis; 2) d'identifier des pistes de solution à envisager pour soutenir la résilience des JPTM transitant vers l'âge adulte.

Méthodologie

Recrutement et description des participants

L'annonce de recrutement pour participer à des ateliers de groupe Photovoice a été diffusée sur les sites des réseaux sociaux de différents partenaires (p. ex., Réseau Avant de Craquer, Université du Québec en Outaouais, Cégeps des Laurentides et de l'Outaouais). Celle-ci précisait la nature du projet et les critères d'inclusion retenus : être âgés de 16 à 25 ans, avoir au moins un parent ayant un trouble mental (difficultés ayant affecté significativement le fonctionnement du parent au cours des 18 derniers mois, du point de vue du jeune), résider à proximité des lieux de collecte de données, parler et comprendre suffisamment le français et consentir librement à prendre part à ce projet. Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO (#2019-191).

Sur les 199 jeunes ayant cliqué sur le lien contenu dans l'annonce de recrutement, 13 ont indiqué correspondre aux critères d'inclusion, ont consenti aux différentes clauses du formulaire de consentement et ont transmis leurs coordonnées afin de pouvoir être contactés par un membre de l'équipe de recherche. Une brève entrevue téléphonique a été réalisée avec chacun de ces jeunes afin de vérifier leur admissibilité, leur disponibilité et leur compréhension du déroulement des groupes Photovoice et des enjeux éthiques. Quatre jeunes se sont finalement retirés en raison d'un manque de disponibilité.

Au final, les neuf participants (huit femmes et un homme) sont tous majeurs (âge moyen = 22,5 années). La plupart (78 %) occupent un emploi parallèlement à leurs études et la moitié (55 %) estime être dans une situation précaire. Tous ont une mère ayant un trouble mental (majoritairement un trouble de l'humeur, anxieux ou un trouble de la personnalité limite) et tous rapportent avoir des personnes de leur entourage proche qui présentent des problèmes de consommation. Moins de la moitié ($n = 4$) ont reçu un diagnostic de trouble mental, mais la plupart des participants disent présenter un certain nombre de symptômes anxieux ou dépressifs.

Collecte de données

Les participants ont été répartis en deux groupes en fonction de leur lieu d'habitation (Laurentides ou Outaouais). Cinq rencontres de groupe hebdomadaires d'une durée de deux heures chacune s'échelonnant d'avril à juin 2019 ont été menées en suivant les principes de base de la méthode Photovoice. Deux facilitateurs (un homme et une femme), formés à la méthode et supervisés par l'équipe de recherche tout au long du projet, ont accompagné chacun des groupes en leur fournissant de l'information et en stimulant la participation et les discussions.

Lors de la rencontre d'introduction (rencontre 1), les participants ont été invités à envoyer aux facilitateurs, la veille de chaque future rencontre, les photos qu'ils souhaitaient présenter au groupe pour témoigner de leur vécu, accompagnées d'une légende et d'un titre récapitulatif du message véhiculé par la photo. Au cours des trois rencontres suivantes, chaque jeune a eu l'occasion de présenter ses photos au groupe, dans l'ordre souhaité et à tour de rôle. Les rencontres 2 et 3 étaient principalement dédiées à l'exploration des défis rencontrés tandis que la rencontre 4 invitait les participants à évoquer les facteurs de protection mobilisés. Les membres du groupe pouvaient réagir aux photos de leurs collègues en nommant, par exemple, en quoi celles-ci faisaient écho à leur propre vécu. À la fin de chacune des séances, les participants étaient invités à réaliser une synthèse en identifiant les thèmes majeurs évoqués par le groupe, de façon visuelle (p. ex., schéma dessiné au tableau). Une photographie de chacune de ces synthèses a été prise par les facilitateurs. La dernière rencontre (rencontre 5) a permis de cibler les principaux besoins des JPTM sur la base des synthèses graphiques des séances 2 à 4, puis de réfléchir aux pistes de solutions pertinentes pour soutenir la transition vers l'âge adulte des JPTM.

Stratégie d'analyse des données

La chercheuse principale a procédé à une analyse de contenu des données retranscrites selon une méthode inductive. Cette analyse s'est appuyée sur les verbatim des rencontres, les légendes des photos et les synthèses graphiques faites par les participants. Au fil des lectures des données, des codes ont été attribués à chaque nouveau concept, puis regroupés en catégories pour créer un arbre thématique grâce au logiciel NVivo12. Après une révision de l'arbre thématique par l'équipe de recherche permettant d'aboutir à un accord interjuges, un résumé des résultats préliminaires a été présenté aux participants afin d'avoir leur rétroaction sur les sous-thèmes identifiés. Une dernière révision de l'arbre thématique a été réalisée à partir de leurs commentaires et une interprétation finale des résultats a été proposée.

Résultats

Cette section présente les thématiques et sous-thématiques évoquées au cours des rencontres Photovoice. Des photos, prises par les participants et accompagnées des légendes qu'ils ont rédigées, sont présentées pour illustrer les propos. L'ensemble des photos partagées lors des rencontres Photovoice, et dont les participants ont autorisé la diffusion, sont disponibles sur le site du LaPProche : <https://lapproche.uqo.ca/exposition/>.

« C'est difficile de communiquer et souvent tendu, dans ma famille »

Les participants évoquent unanimement les difficultés relationnelles qu'ils rencontrent avec leur parent atteint d'un trouble mental. À ce sujet, ils soulignent notamment les difficultés de communication engendrées par les symptômes parentaux :

Avec ma mère y'a toujours un fil rouge de manque de motivation et d'apathie... Y'a peu d'intérêt, peu d'émotion. Donc, c'est toujours difficile d'avoir une conversation. (Victoria)¹

Plusieurs considèrent avoir une part de responsabilité dans ces difficultés, par exemple, en fuyant les échanges pour se protéger :

Moi j'ai pas fêté la fête des Mères, j'ai pas appelé ma mère hier. Ça me fait de la peine, mais ça ne me fait pas du bien de l'appeler. (Joany)

L'absence d'un regard valorisant, de limites claires à respecter et d'un soutien parental affectif, instrumental, mais aussi scolaire ou vocationnel est également rapportée :

Y'a jamais de félicitations. Ma mère était pas là non plus pour me dire : vas à l'école. J'peux facilement

¹ Certains participants ont souhaité conserver leur prénom; d'autres ont préféré en choisir un fictif.

manquer des cours, elle me dit rien... (Claudia)

La relation avec le parent semble parfois même teintée de négligence et d'abus, tout particulièrement lorsque des problèmes de consommation de substances sont observés chez ce dernier :

Mon père y pète des coches comme ça là. Il m'insulte, me traite de vache. (Coralie)

Au cours de leur transition vers l'âge adulte, plusieurs disent alors osciller entre la tentative de « faire le deuil » d'une relation positive avec leur parent et l'espoir toujours présent d'une amélioration. La photo 1 témoigne de plusieurs des enjeux vécus dans la relation avec le parent.

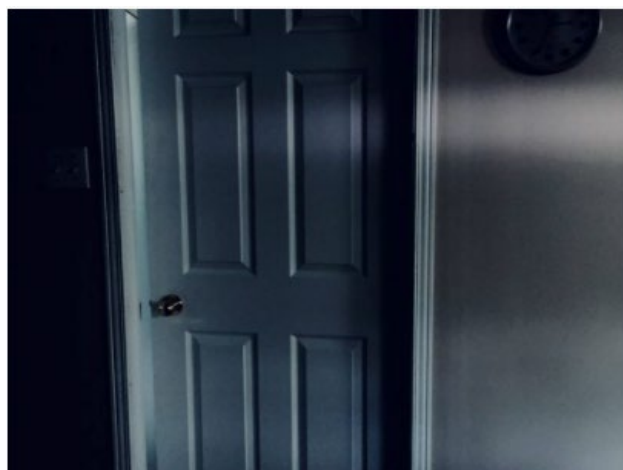


Figure 1.

Fermeture

Il est souvent difficile d'apporter du soutien à son parent, car c'est avoir l'impression d'être face à une porte qui reste presque toujours fermée : ton parent s'éloigne pour ne pas t'affecter et toi, tu t'éloignes pour te protéger. Mais malgré la distance et la fermeture, il y a plein d'espoir et plein d'amour! Les rayons de soleil et la porte entrouverte représentent les occasions où ma mère s'est confiée à moi et où j'ai pu l'écouter.

Victoria, 24 ans

Les relations familiales, au-delà des relations parent-jeune, semblent, elles aussi, être marquées par une absence de communication, un faible soutien et la présence de conflits et d'hostilité, voire de violence :

Mon père il a pas de dépression, mais c'est quelqu'un de très fermé qui considère que quand t'as un problème, tu fais avec pis tu prends ton trou. (Marianne)

Du fait de ces caractéristiques familiales, les jeunes disent avoir du mal à trouver un ancrage familial et à se sentir en sécurité dans leur propre famille :

T'as ton domicile, t'as ton chez-toi, mais tu te sens pas en sécurité. Pas tant chez toi. (Joany)

Certains participants soulignent toutefois qu'ils ont la chance d'entretenir des relations positives avec d'autres membres significatifs de leur famille (autre parent non atteint, fratrie, oncle ou tante) et de bénéficier d'un soutien (notamment émotionnel) de leur part :

T'sais mes oncles étaient là pis y m'encourageaient plus que ma mère. Pis quand ils me voyaient "félicitations, on est fiers de toi". (Bianca)

« C'est comme si je devais choisir entre aider mon parent et construire ma propre vie »

L'absence de soutien provenant de l'entourage familial contraste avec l'ampleur de celui que les jeunes disent apporter à leurs proches. L'ensemble des participants disent ainsi offrir un soutien affectif (p. ex., réconfort, écoute) et instrumental (p. ex., ménage, cuisine) important à leur parent et aux membres de leur famille (p. ex., soins apportés à la fratrie). Ils rapportent que la transition vers l'âge adulte a entraîné un accroissement de ces responsabilités : possibilité de véhiculer le parent, prêt d'argent à la famille, prise de décision concernant les soins, etc. Une inversion des rôles, ou parentification, peut alors avoir tendance à s'opérer entre le parent et le jeune. En attestent, par exemple, les propos de Daniel qui considère que c'est à lui de préparer ses parents à son départ du foyer parental, plutôt que l'inverse :

J'essaie de préparer mes parents que éventuellement je devrais partir... je sais pas partout comment ils vont réagir dans le fond alors je le fais progressivement.

Du fait du temps, de l'argent et de l'énergie consacrés au soutien familial, le jeune peut avoir du mal à répondre à ses propres besoins (p. ex., réfléchir à ce qu'il aimerait faire de sa vie, avoir le temps de voir ses amis) :

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés

Tu donnes beaucoup, mais à un moment donné, toi, ça t'enlève ton énergie, ça t'enlève ton temps pis ça fait que, toi, ça te rabaisse dans ton développement. (Marianne)

La poursuite d'études supérieures comme l'entrée sur le marché du travail peuvent notamment être compliquées par les enjeux de conciliation études/travail/famille comme par le manque de disponibilité cognitive et émotive que requiert l'investissement dans ces projets :

Je pensais à l'université. Donc c'était des économies que je m'étais fait. Des projets que j'ai dû mettre de côté au moment où ma mère a fait sa dépression. Je l'ai aidée à payer l'appartement, l'épicerie et tout. (...) et puis c'est difficile de se concentrer sur tes études, étudier quand t'sais, t'es toujours à te demander « est-ce que je dois l'appeler ? Est tu correcte ? Est-ce que je dois aller la voir ? ». (Marie-Pier)

La figure suivante représente le choix que plusieurs estiment devoir faire entre le fait de soutenir leur parent et celui de construire leur propre vie d'adulte.



Figure 2.

Le Choix d'une Vie

Devenir adulte quand on a un parent atteint d'un trouble mental, c'est faire un choix entre avancer soi-même ou faire avancer autrui au détriment de soi-même par amour. Lors de ma transition vers l'âge adulte, je me suis sentie divisée entre deux émotions principales soit, rester auprès de ma mère et continuer à m'occuper d'elle ou bien partir et me concentrer sur ma vie et mes projets. Cette photo démontre les différentes émotions, réflexions et choix que je n'aurais pas traversés si je n'avais pas eu un parent avec une maladie mentale.

Bianca, 22 ans

La prise d'autonomie résidentielle, soit le fait de quitter le foyer parental, peut également être « ralentie » par la crainte de ne plus être en mesure d'apporter toute l'aide nécessaire à son parent. Le fait de savoir son parent soutenu par des membres de l'entourage informel comme par des ressources professionnelles constitue alors un facteur de protection important. Plus largement, plusieurs participants évoquent que le fait de savoir leur famille à l'abri du besoin (financier, alimentaire, de protection) facilite leur centration sur leurs propres besoins :

Quand elle était en désintox, je savais qu'elle était avec des personnes qui sont là pour l'aider, faque moi, j'étais moins stressée de qu'est-ce qui va se passer ... faque c'était moins une préoccupation de quitter. Et puis maintenant, ça va mieux parce que ma mère elle a son logement, elle a plus la garde de ma soeur alors c'est moins une préoccupation de : Est-que c'est correct ? Est-ce que ma soeur est correcte ? (Marianne)

Dans les faits, le départ du foyer parental semble avoir un effet plutôt positif chez ceux qui ont fait le choix de partir :

Depuis que j'ai quitté, j'ai l'impression que ma vie est meilleure. Y'a plus de positif. J'ai une meilleure relation avec ma mère parce que je suis moins à devoir toujours m'occuper d'elle au quotidien. (Claudia)

Quand le participant a le sentiment d'être parti contre son gré et « précipitamment », l'expérience semble plus difficile :

Moi j'ai pas eu le choix, il a fallu que je quitte vu que ma mère elle avait plus le goût d'être une mère. (MC)

« Je ne me connais pas tant que ça en tant que personne »

Outre la confusion des rôles qu'engendre le phénomène de parentification (« *Fallait trouver ma place. Je devais être le fils de mes parents, le frère de mes frères et leur parent. Même le mari pour ma mère parce que les problèmes financiers c'était avec moi qu'a parlait* », Daniel), le peu de temps disponible pour se consacrer à l'exploration identitaire en raison d'une centration importante sur les besoins du parent complexifie la connaissance de soi. Les participants disent ainsi mieux connaître leur parent qu'eux-mêmes, ce qui peut générer de l'anxiété à un âge auquel ils sont censés préciser qui ils sont et ce qu'ils souhaitent devenir :

J'ai pris conscience que je me connais pas tant que ça en tant que personne. C'est beaucoup plus facile pour moi de comprendre les autres vu que j'ai dû le faire avec mon père. Je suis un peu handicapé vis-à-vis de moi-même. Ça m'obsède. (Daniel)

L'identité du jeune semble, en fait, très axée sur leur rôle d'aidant. Ils se décrivent comme « *un outil de bien-être pour leur parent* » (Marianne), disent se distinguer de la plupart des jeunes de leur âge par leur empathie, leur capacité d'écoute et leur habileté à comprendre autrui (« *Je suis devenu un expert pour ça. Savoir comment mon parent se sent, dès que je rentre dans la pièce. Ses émotions étaient tellement instables faque fallait que je prenne tous les détails pour comprendre comment il allait* », Daniel) et sont, pour la plupart, engagés dans des études/carières en relation d'aide. S'ils considèrent que cela s'inscrit logiquement dans leur parcours de vie, certains se questionnent tout de même sur les risques que cela comporte, notamment en termes d'épuisement professionnel :

Moi j'ai trouvé un intérêt là-dedans (criminologie). C'est pas un centre d'intérêt, c'est quelque chose qui fait partie de moi. Je suis née là-dedans, avec les problèmes de mon père, pi ça va me suivre toute ma vie faque aussi bien d'aller dans quelque chose que je connais déjà... Après, est-ce que c'est une bonne clientèle pour moi ? Je ne sais pas. (Coralie)

L'absence de modèles adultes positifs auxquels s'identifier et une histoire familiale marquée par l'instabilité compliquent la projection de soi dans un avenir positif et stable :

Devenir adulte quand on a un parent atteint d'un trouble mental, ça peut amener à se sentir petit et peu en confiance en raison de l'absence de modèles adultes positifs. Peut-être que nos modèles avaient eux-mêmes de la difficulté à s'accrocher à la vie en raison de leur difficulté. Alors, on ne se sent pas équipé pour faire face à ce monde vaste et on s'imagine encore petit. (Victoria)

La peur de développer les mêmes troubles que son parent colore la façon dont le jeune anticipe son avenir. L'apparition de symptômes anxieux ou dépressifs ou les opportunités de prise de risque qu'occasionne la période de transition vers l'âge adulte ont tendance à renforcer ces craintes, comme en témoigne la photo suivante.



Figure 3.

Copie Conforme

J'ai la peur de devenir la copie conforme de ma mère, de reproduire ses comportements et ses dépendances. C'est une peur qui me hante constamment dans une période où on cherche à se définir par soi-même en tant qu'individu autonome et indépendant, et où on veut vivre nos expériences et essayer l'alcool, certaines drogues, etc.

Marie-Pier, 21 ans

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés

Malgré les défis qu'elle engendre, la transition vers l'âge adulte peut être synonyme de « renaissance » par la possibilité qu'elle offre de s'affranchir de l'histoire familiale et d'entreprendre ses propres projets :

Je me sens revivre. Maintenant, j'ai la possibilité de créer mes propres racines pour apprendre à m'épanouir et fleurir grâce à mes propres succès ! (Joany)

L'investissement dans un projet (p. ex., scolaire, artistique, sportif), l'identification d'objectifs à atteindre, l'engagement dans des relations stables comme le fait de trouver d'autres modèles adultes inspirants dans leur entourage agissent, alors, comme des moteurs puissants :

Ben je me suis mis des objectifs tout au long de ma vie, pis tout au long je les ai respectés. Ma priorité c'était l'école pi je me concentrais là-dessus. Maintenant c'est trouver une job stable. Je voulais juste comme ... pas avoir la vie que j'ai eue. Faque moi, ça m'a juste motivée. Offrir la meilleure vie que je peux et avoir tout ce que j'ai pas pu avoir chez ma mère ... pouvoir le donner à mes enfants plus tard. (Bianca)

Ces derniers propos attestent du fait que la projection de soi en tant que parent peut être porteuse d'espoir. Notons toutefois que deux participants rapportent une ambivalence importante à l'idée d'avoir des enfants :

Les problèmes de santé mentale ça peut arriver à n'importe qui pis je me dis, je veux tu prendre la chance que moi je dérape à un moment donné pis que mon enfant vive ça ? Pis d'un autre côté je me dis : ben peut-être que j'aimerais ça être mère, peut-être que j'aimerais ça créer la relation que j'ai pas réussi à maintenir avec ma mère. Mais je suis encore dans l'ambivalence... est-ce que je prends ce risque-là ou je laisse faire pis mes projets de vie ça sera autre chose ? (MC)

Les difficultés engendrées par le trouble mental du parent et la stigmatisation qui entoure celui-ci peuvent impacter la confiance en soi du jeune et entraîner un phénomène d'autostigmatisation :

Je me sens niaiseuse, incompétente, à cause de ma mère. À me faire dire que j'suis pas normale à cause de ma mère. Ma mère elle fait rien dans la vie pis moi la pire insulte que tu peux me dire dans vie c'est que tu ressembles à ta mère. (Joany)

Parce que quand tu vois ta mère qui veut pu être une mère, tu te dis : Qu'est-ce que j'ai fait en tant qu'enfant pour que ma mère ait pu le goût d'être une mère ? (MC)

D'autres jeunes s'estiment fiers de ce qu'ils ont su traverser à travers leur expérience familiale et des qualités dont ils ont fait preuve pour cela : force, persévérance, maturité, autodiscipline. Leur estime d'eux-mêmes s'en trouve alors renforcée :

Du fait de mon parcours, j'ai toujours été plus mon propre modèle. Ça m'a aidé de comme, je sais que j'ai une force à l'intérieur de moi, pis la plupart des gens l'ont pas. (Daniel)

« Un tourbillon d'émotions et de préoccupations »

Les jeunes se disent traversés par un grand nombre d'émotions (p. ex., inquiétude, tristesse, honte, colère, sentiment d'impuissance et d'isolement, culpabilité) plus ou moins difficiles à assumer :

Je trouve ça difficile à vivre parce que moi, j'ai jamais été, de toute ma vie, fâchée contre ma mère, j'ai jamais été capable d'être fâchée contre elle ... Pis récemment j'ai commencé à être fâchée contre elle pis ça me met vraiment à l'envers. (MC)

La gestion de ces émotions semble d'autant plus ardue que le trouble mental parental a pu inhiber le développement socioaffectif du jeune, plus précisément ses capacités à identifier, exprimer et réguler ses émotions :

C'est difficile de comprendre mes émotions, de les gérer, du fait que ma mère m'aurait pas montré comment faire ... parce qu'elle le fait pas elle-même. (Marianne)

L'impression « que tout ne tient qu'à un fil », qu'il s'agisse de la santé mentale de leur parent, de leur propre santé et sécurité, et du cours des choses en général, semble omniprésente chez les participants et teinter leur univers émotionnel, comme en témoigne la photo de Daniel (figure 4) et les propos suivants :

L'instabilité familiale, ça fait que toi-même ça te fait vaciller, comme un arbre dans la tempête. Tu sais

jamais si ton arbre va se déraciner. Toujours se demander est-ce que le vent va être tellement fort que ça va complètement l'arracher ou tu vas avoir la force de rester. (Marianne)

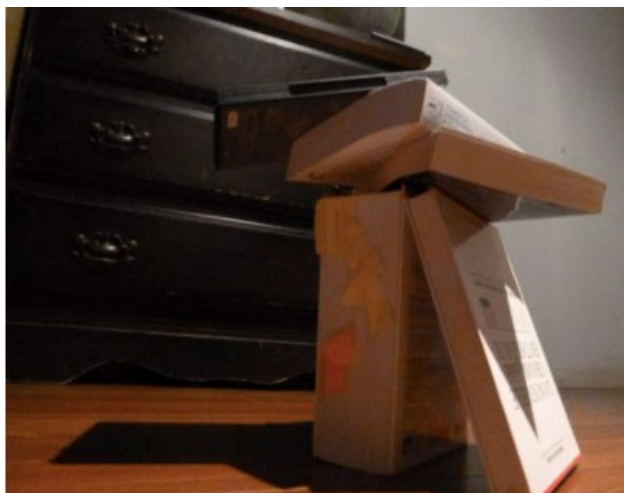


Figure 4.

Attention

Être un proche aidant pour son parent atteint d'un trouble mental, c'est être comme cette pile de livres qui semble se tenir, mais qui est prête à tomber à tout moment. J'aime considérer que comme proche aidant j'apporte de la stabilité chez moi. Cependant, je suis aussi conscient que tout peut basculer à chaque instant.

Daniel, 23 ans

Plus largement, différents types de croyances, modelées au fil de leurs expériences de vie, semblent entretenir leurs émotions et inquiétudes. Parmi celles-ci, notons le sentiment d'être responsable de la santé mentale de leur parent et d'être à l'origine de ses difficultés, une impression d'unicité (c.-à-d., d'être le seul à vivre ce genre de défis), un mode de pensée en tout ou rien ou encore une tendance au catastrophisme :

Moi ce que je me suis dit c'est : est-ce que je reste pis je m'occupe de ma mère toute ma vie ou est-ce que je m'en vais faire mes projets pis j'avance dans ma vie et je la laisse toute seule. Pis t'sais, mettons si je l'avais comme laissée tomber, ça aurait été comment ? Elle va tu mourir ? Tu te sens coincée. (Bianca)

L'absence de connaissances adéquates concernant le trouble mental parental et de communication sociale et familiale autour des problèmes de santé mentale entretiendrait ces croyances :

J'avais pas encore de connaissances, je savais pas c'était quoi le problème. J'étais comme « si je suis parfaite, ça va aider ma mère pis ça va disparaître, t'sais ... y'en aura pu de problèmes ... Qu'est-ce que je peux faire pour devenir une meilleure personne ? Si moi j'agis bien, j'agis de la bonne façon, je l'aide de la bonne façon, ben ça va disparaître ! Ça va s'en aller, toute va s'arranger comme par magie. » Et puis tu n'as pas l'impression qu'il y a d'autres mondes qui vivent ça vu que personne n'en parle. Faque on se sent vraiment seul. (Marianne)

La possibilité d'acquérir des connaissances à propos des troubles mentaux et certaines prises de conscience permettent, à l'inverse, de rétablir un mode de pensée plus fonctionnel et d'apaiser les émotions et inquiétudes des participants :

À force, j'ai compris qu'on ne peut pas aider quelqu'un qui ne veut pas s'aider lui-même. Il faut apprendre à comprendre qu'on ne peut pas faire plus que ce que la personne veut. (Bianca)

Un mécanisme de « contagion émotionnelle » semble, enfin, s'opérer entre le parent et le jeune :

Si ma mère était de bonne humeur, ben c'était une bonne journée pour moi aussi. Si je revenais de travailler pis elle était pas de bonne humeur, ben ça brisait ma journée. (Victoria)

Pour s'en protéger, l'ensemble des participants souligne l'importance de mettre ses limites et la plupart identifient des stratégies qu'ils déploient pour cela :

Des fois, ma mère elle fait juste comme chialer, moi je fais juste mettre mes écouteurs. Pis avec ma musique, ça me ramène à la réalité, à mon équilibre émotionnel. (Marie-Pier).

Ils témoignent toutefois d'une certaine ambivalence à ce sujet en raison des coûts associés à cette mise à distance :

J'ai essayé avec toute la douceur qui m'habite de lui dire que je voulais plus qu'elle m'appelle quand elle avait consommé. Pis là, je pense qu'elle s'est sentie vraiment mal, elle a pleuré. À partir de ce moment-là, y'a comme quelque chose qui s'est brisé. Elle m'appelait moins ... elle voulait pas être un fardeau pour moi faque elle a pris ses distances. Pis ça, ça m'a fait vraiment mal. Parce que tout le monde me dit à quel point c'est important de mettre ses limites, de s'écouter, pis là moi je l'ai fait pis ça a vraiment mal viré. Je m'en suis voulu vraiment d'avoir fait ça. (MC)

« Maintenir sa propre santé mentale : tout un défi ! »

L'ensemble des défis évoqués jusqu'à présent mettent la santé mentale du jeune, mais aussi sa santé physique, à rude épreuve :

Vraiment, ma santé mentale en prenait un coup. J'étais tellement tout le temps anxieuse que même ma santé physique ... ça commençait à se ressentir. T'sais d'avoir de la misère à respirer ou d'être pris toujours une boule dans la gorge comme si ça allait déchirer. (MC)

Outre le fait de « mettre leurs limites », les participants disent recourir à plusieurs stratégies pour tenter de préserver leur santé mentale : utiliser l'humour, « ne pas penser aux problèmes », « voir les choses positivement », « s'étourdir dans l'action » ou passer du temps avec des amis, par exemple. La pleine conscience et la pratique d'activités sportives et artistiques sont rapportées comme des stratégies efficaces à plusieurs égards. Celles-ci permettraient, selon les jeunes, d'évacuer un trop-plein d'émotions, d'avoir un répit, d'améliorer leurs habiletés socioaffectives (p. ex., régulation émotionnelle, confiance en soi), mais aussi de rétablir un mode de pensée plus fonctionnel :

Quand j'arrive à ces points de vue, ça permet de voir les choses sous un autre angle, ma vie c'est pas juste les problèmes avec mon parent. (Joany)

Si plusieurs considèrent que le soutien social informel ou formel peut également aider à maintenir leur santé mentale, voire s'avérer nécessaire (« Des fois, t'es pas la meilleure personne pour t'aider. Faut que t'ailles chercher de l'aide à l'extérieur. Moi ça m'a beaucoup aidée », Claudia), ils évoquent leurs difficultés à demander de l'aide. Pour ceux qui ont la chance d'entretenir des relations positives avec certains membres de leur famille, la peur de peser sur des personnes déjà éreintées par le trouble mental parental serait un frein important :

Je peux pas leur demander de m'aider (à mes frères), y'ont tellement dépensé d'énergie que, moi, ça serait la goutte qui ferait déborder le vase. (Daniel)

La demande d'aide auprès de l'entourage non familial ne semble pas non plus évidente. Confrontés à des préjugés à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de leurs proches comme à des remarques désobligeantes ou un manque de considération au moment d'évoquer le sujet de la santé mentale, les participants ne se sentent pas toujours à l'aise de partager leur vécu :

Dans mon entourage, c'est comme ça qu'on le perçoit : « Ah quand tu parles de ta mère ... Ah change donc de sujet... », faque j'ai jamais la possibilité d'en parler. Toujours l'impression de les mettre mal à l'aise. (Joany)

Quant aux obstacles nuisant aux demandes d'aide formelle, les participants évoquent la crainte d'être jugé ou de nuire au système familial ou encore la difficulté à identifier les personnes et ressources susceptibles de leur venir en aide :

T'as peur d'aller les voir, de leur dire ce que tu vis, pis qu'après ça y'appellent la DPJ pis que tu t'en ailles. Ça finit que tu vas voir personne. (Bianca)

T'as pas envie que les autres élèves te voient sortir du bureau de la TES, faque qui savent que y'a quelque chose qui marche pas chez toi ou dans ta famille. (Joany)

Quoi qu'il en soit, les jeunes soulignent combien le maintien d'une bonne santé mentale constitue un défi pour les JPTM et résulte d'efforts importants de leur part, comme en témoigne la photo de Claudia.



Figure 5.

L'équilibre

Être un proche aidant pour son parent atteint d'un trouble mental, c'est être comme ces deux oiseaux qui se tiennent proches et qui se regardent pour s'accrocher à la vie. J'ai habité avec ma mère durant mon adolescence et début de l'âge adulte et j'étais près d'elle pour la soutenir. À un moment donné, je vivais les mêmes choses et j'avais les mêmes problèmes sur les épaules qu'elle. J'ai vite appris à être solide et à appuyer ma mère. J'avais le rôle de la mère et j'étais mature. Elle s'accrochait à moi et j'essayais aussi de tout faire pour m'accrocher : on s'accrochait à la vie ensemble, comme ces oiseaux sur la même ligne.

Claudia, 24 ans

« Il y a des solutions pour permettre aux JPTM transitant vers l'âge adulte d'aller bien »

Sur la base des défis et facteurs de protection identifiés, les participants ont proposé différentes pistes de solutions qui pourraient être mises en place pour soutenir la transition vers l'âge adulte des JPTM. Les pistes de solutions proposées prévoient des actions à différents niveaux et d'intensité variable pour être en mesure de soutenir le potentiel de résilience de ces jeunes.

À l'échelle sociétale, les participants considèrent qu'il est crucial de reconnaître les défis et besoins des JPTM au sein de la Politique nationale pour les proches aidants, en prévoyant notamment un soutien financier à destination de ceux qui font face à des défis de conciliation études/travail/famille. Ils soulignent l'importance de poursuivre les efforts en matière de : a) lutte contre l'intimidation et la stigmatisation à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux et leurs proches; b) de promotion de la santé mentale et de sensibilisation aux troubles mentaux. Dans ce cadre, les participants suggèrent de miser sur le numérique et d'impliquer des JPTM comme « porte-parole ». La stratégie voulant que certaines personnalités appréciées des jeunes puissent évoquer leur statut de JPTM publiquement (p. ex., #JPTM sur Instagram) serait particulièrement gagnante, selon les participants.

Un soutien devrait être proposé aux JPTM et à leurs parents et les services en santé mentale devraient adopter une approche centrée sur la famille (p. ex., en considérant systématiquement les besoins des enfants de parents atteints d'un trouble mental). Outre l'importance d'assurer l'accessibilité des services (p. ex., en les offrant en ligne et dans les milieux fréquentés au quotidien par les jeunes) et leur visibilité, notamment via une promotion attrayante sur les réseaux sociaux, il s'agit de prévoir des mesures de soutien variées, susceptibles de répondre à différents besoins : soutien financier ou logistique (p. ex., livraison de repas ou aide-ménagère à domicile), informations (p. ex., sur les troubles mentaux, les ressources disponibles, etc.), activités sportives en groupe réservées à des JPTM, lignes d'écoute, répit, enseignement de stratégies de gestion de stress et d'habiletés de communication, thérapie individuelle ou familiale, etc. Pour ce faire, davantage de liens entre les services cliniques et communautaires sont souhaités.

Des professionnels et intervenants sensibilisés aux réalités des JPTM (c.-à-d., en général et au cours de la transition vers l'âge adulte en particulier), mais aussi à l'importance de la santé mentale devraient être présents dans les milieux de vie fréquentés par les jeunes. Des actions et des mesures à l'échelle locale offertes à l'ensemble des jeunes (p. ex., journée de promotion de la santé mentale offerte dans un établissement scolaire), comme aux JPTM en particulier (p. ex., accommodements particuliers prévus dans la politique d'un établissement), sont recommandées. L'importance d'appliquer ces recommandations dans les milieux fréquentés par les jeunes de 16 à 25 ans comme dans ceux fréquentés par les plus jeunes est également soulignée, dans une optique de promotion/prévention.

L'ensemble de ces solutions, combinées, devrait permettre aux JPTM d'évoluer dans des contextes exempts de discrimination et de stigmatisation, d'avoir accès - pour eux et leurs parents - à du soutien matériel et psychosocial, d'avoir suffisamment d'habiletés et de ressources personnelles pour être en mesure de relever les défis rencontrés et de pouvoir demander de l'aide lorsque nécessaire.

Discussion et implications

Malgré le nombre croissant de recherches étudiant l'influence des troubles mentaux parentaux sur les enfants à différentes périodes développementales, il existe très peu d'études qui examinent directement l'expérience de JPTM en transition vers l'âge adulte. Dans un contexte où les experts appellent à mieux saisir ce qui permettrait de soutenir le développement positif des jeunes en transition vers l'âge adulte en général – et des plus vulnérables en particulier – (MSSS, 2015; Roberge et Déplanche, 2017; Secrétariat à la Jeunesse, 2016), cette étude visait à préciser les défis, ressources et besoins des JPTM âgés de 16 à 25 ans.

Les résultats de notre étude rejoignent tout d'abord les défis identifiés chez les JPTM de différentes tranches d'âge en mettant notamment en évidence des difficultés de communication familiale, une tendance à la parentification, des émotions et préoccupations variées, des préjudices liés à la stigmatisation des troubles mentaux et un faible soutien social (Bosch *et al.*, 2017; Dam et Hall, 2016; Simpson-Adkins et Daiches, 2018; Yamamoto et Keogh, 2018). De même, plusieurs facteurs déjà identifiés dans les études précédemment menées auprès de JPTM de différentes tranches d'âge semblent jouer un rôle protecteur important au cours de la transition vers l'âge adulte (p. ex., stratégies de régulation émotionnelle efficaces, relations positives avec d'autres membres de la famille, réseau de soutien social de qualité) et contribueraient à expliquer qu'un certain nombre de JPTM transitant vers l'âge adulte vont bien malgré l'adversité à laquelle ils sont confrontés (Collishaw *et al.*, 2016; Lewandowski *et al.*, 2014; Pargas *et al.*, 2010).

Les participants de cette étude soulignent, davantage que ne le laissent penser les résultats des études antérieures, l'influence qu'ils peuvent avoir sur les caractéristiques de leur milieu familial et social. Plusieurs soulignent ainsi combien leurs stratégies de protection peuvent contribuer aux difficultés de communication familiale ou à quel point ils choisissent d'apporter du soutien au parent pour éviter de trop s'inquiéter ou de culpabiliser. Ces résultats confirment l'importance de s'appuyer sur des modèles multifactoriels et transactionnels (voir par exemple celui de Van Doesum *et al.*, 2005) pour comprendre et prévenir les phénomènes de transmission intergénérationnelle des problèmes de santé mentale.

Cette étude apporte, en outre, un éclairage plus précis sur ce qui se joue pour les JPTM au cours de leur transition vers l'âge adulte. Si elle confirme différents enjeux relevés dans les quelques études menées antérieurement auprès de JPTM de cette tranche d'âge spécifiquement (p. ex., difficultés d'engagement professionnel ou académique; Brawer-Sharb *et al.*, 2020; Patrick *et al.*, 2019), elle documente davantage les enjeux identitaires et ceux entourant la prise d'autonomie chez ces jeunes. Tandis que cette période développementale est habituellement considérée comme propice à la centration sur soi et à l'exploration identitaire (Arnett, 2014; Burt et Paysnick, 2012), il semble que les responsabilités endossées par les JPTM, leurs préoccupations à l'égard du parent et leur tendance à considérer les besoins de l'autre avant les leurs ne leur offrent pas l'espace suffisant pour se questionner pleinement sur qui ils sont et ce qu'ils souhaitent devenir. Leurs projets d'avenir sont principalement axés sur leur rôle de proche aidant et sur la recherche d'une stabilité qui leur a manqué, laissant davantage penser à un processus de forclusion identitaire (c.-à-d., une identité prédéterminée ou prescrite) qu'à une identité en voie d'achèvement, c'est-à-dire une identité réalisée une fois que l'individu a questionné ses possibilités et pris une décision en fonction de ce qui lui convient le mieux (Cohen-Scali et Guichard, 2008). La difficulté à intégrer leur histoire familiale et à se construire sans la rejeter ni fusionner avec elle semble également être au cœur des défis à relever par ces jeunes pour être en mesure d'aborder leur vie d'adulte et éventuellement, leur propre statut parental. Si, comme pour d'autres catégories de jeunes considérés « vulnérables » (p. ex., jeunes issus des services de la protection de la jeunesse, jeunes de la rue), la prise en charge de responsabilités semble se faire de façon précipitée, d'autres pans du processus d'autonomisation (p. ex., résidentiel, émotionnel) semblent quant à eux « ralentis » chez les JPTM, du fait des craintes à l'égard de la santé du parent, de la culpabilité ressentie à l'idée de le laisser, etc. Ces jeunes pourraient alors se sentir investis d'une responsabilité supplémentaire au seuil de leur vie adulte, qui se pose peut-être moins à d'autres catégories de jeunes dits « vulnérables » : celle de préparer leur.s parent.s à cette prise de distance.

Plusieurs résultats confirment que loin d'être une période uniquement porteuse de vulnérabilités, la transition vers l'âge adulte est également propice à la résilience. Au-delà du caractère exigeant et stressant des défis à relever, la possibilité de développer de nouveaux liens sociaux et intimes, la prise d'indépendance du milieu familial et l'engagement dans des études postsecondaires ou dans un emploi plaisant, seraient des facteurs de protection clés à cet âge de la vie, comme cela a déjà été observé auprès d'autres catégories de jeunes dits « vulnérables » (Madewell et Ponce-Garcia, 2016; Marcotte *et al.*, 2014; Masten *et al.*, 2006). Alors que chez les jeunes en transition vers l'âge adulte en général, les habiletés sociales telles que l'empathie, l'écoute et l'entraide comptent également parmi les principaux

facteurs de résilience (Masten *et al.*, 2004, 2006; Pauzé *et al.*, 2019), il se pourrait que la capacité à mettre ses limites et à prioriser ses propres besoins soit davantage protectrice chez des jeunes qui rapportent une tendance à surinvestir le don de soi et l'aide à autrui.

Plusieurs pistes de solution, destinées à soutenir la résilience des JPTM au cours de leur transition vers l'âge adulte, ont été proposées par les participants. Elles concordent avec les pratiques adoptées par les pays chefs de file en matière de considération des JPTM (p. ex., pyramide des soins familiaux; Mottaghypour et Bickerton, 2005 ou EASE model; Foster *et al.*, 2019), comme avec celles qui prévalent dans le champ de l'intervention auprès des jeunes en transition vers l'âge adulte en général (p. ex., approche coordonnée, multimodale, intersectorielle et multidisciplinaire et promotion de la santé mentale au-delà de la prévention des troubles mentaux; Roberge et Déplanche, 2017). Si quelques initiatives à l'égard des JPTM sont déployées au Québec et au Canada, elles n'en sont qu'à leurs prémises et concernent davantage les enfants et les adolescents (Piché *et al.*, 2019). Les résultats de cette étude viennent conforter la pertinence de poursuivre le déploiement de ces initiatives et d'adapter les solutions en fonction des besoins spécifiques des jeunes de différentes tranches d'âge.

Des actions au niveau sociétal, comme par exemple la poursuite des campagnes de sensibilisation à l'égard des troubles mentaux et de promotion de la santé mentale permettraient de favoriser l'estime de soi et l'intégration sociale des JPTM et de leurs parents, faciliteraient leur demande d'aide et soutiendraient leur santé mentale et la résilience familiale (MSSS, 2016b). Au niveau local, les milieux de vie fréquentés par les jeunes devraient contribuer à ces efforts de sensibilisation et de promotion, dès le primaire et le secondaire, dans une optique de prévention et de promotion universelle. Comme le suggèrent les bonnes pratiques auprès d'une clientèle en transition vers l'âge adulte, il semble nécessaire d'impliquer des JPTM de 16 à 25 ans dans les actions de sensibilisation qui leur sont spécifiquement destinées afin d'être en mesure de toucher le public visé, de limiter l'autostigmatisation et d'offrir aux jeunes des modèles auxquels s'identifier (Roberge et Déplanche, 2017). La reconnaissance des JPTM au sein de la Politique nationale pour les proches aidants, qui mettrait en évidence les défis spécifiques qui se posent aux « jeunes aidants » et prévoirait des mesures adaptées, serait également fort utile. Un mémoire en ce sens a été déposé par l'équipe de recherche à la Commission des relations avec les citoyens lors des consultations particulières sur le Projet de loi no 56 (Villatte *et al.*, 2020). Enfin, bien que non explicitement nommées par les participants, les politiques sociales de soutien aux familles et à l'insertion sociale, scolaire et professionnelle des jeunes à l'échelle nationale permettant aux parents comme aux jeunes de disposer de conditions de vie et de santé satisfaisantes semblent essentielles. Si celles-ci sont recommandées pour soutenir la santé mentale de l'ensemble des individus en transition vers l'âge adulte (Roberge et Déplanche, 2017), elles pourraient s'avérer particulièrement salvatrices pour des jeunes qui ont tendance à mettre leurs besoins de côté pour subvenir à ceux de leurs parents.

Différentes mesures d'aide et de soutien devraient être proposées aux JPTM transitant vers l'âge adulte par les milieux de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les établissements scolaires. Au-delà des informations, du soutien et des stratégies qui seraient pertinentes à fournir aux JPTM de tout âge (p. ex., groupe de soutien, stratégies de régulation émotionnelle, compétences en gestion de conflit, en résolution de problèmes et en communication), des mesures destinées à favoriser notamment la prise d'autonomie, la construction identitaire et la recherche d'aide seraient probablement particulièrement bénéfiques auprès des JPTM en transition vers l'âge adulte (p. ex., aide financière et logistique, travail sur les craintes et croyances inhibant la prise d'autonomie et la demande d'aide, mise à contribution des JPTM dans des projets par et pour, services d'orientation scolaire et professionnelle). Pour les JPTM de cette tranche d'âge, le recours au numérique semble également incontournable. Cette génération, considérée comme celle des « natifs numériques », aurait en effet recours à Internet comme source privilégiée d'information (Oulasvirta *et al.*, 2012) et comme moyen de communication (Collin *et al.*, 2011). Plus largement, il est démontré que l'utilisation du numérique constituerait un facteur puissant du développement social et identitaire des jeunes en transition vers l'âge adulte (Gray *et al.*, 2005). Sur la base de ces différents constats, un guide numérique a été développé par l'équipe de recherche et les participants à destination des JPTM de 12 à 25 ans du Québec. Celui-ci aborde l'ensemble des défis identifiés dans le cadre de cette étude, est disponible gratuitement en ligne sur le site du LaPProche (<https://lapproche.uqo.ca/>) et a été relayé par le Réseau Avant de Craquer à l'ensemble de ses partenaires, notamment aux établissements scolaires. L'évaluation de la satisfaction et des retombées de ce guide est actuellement en cours auprès d'un échantillon de JPTM, de parents et d'intervenants québécois.

Il apparaît enfin évident qu'il convient de ne pas se limiter à proposer des services et du soutien aux JPTM et d'adopter plutôt une approche familiale. Ici encore, un soutien et des interventions d'intensité variable sont recommandés. Si pour certaines familles, il s'agirait de référer les parents et leurs enfants à des ressources d'aide ou de

soutien général (p. ex., lignes d'écoute), de fournir de l'information (p. ex., sur l'impact du trouble mental sur la parentalité, les traitements disponibles, etc.) ou d'enseigner des stratégies d'adaptation, des consultations, une thérapie familiale serait nécessaire pour celles plus en difficulté (Foster *et al.*, 2012). À cet égard, des études menées auprès de familles comptant un JPTM enfant ou adolescent soulignent que les interventions familiales semblent plus efficaces que celles qui n'impliquent que l'enfant ou que le parent (Piché *et al.*, 2020; Thanhäuser *et al.*, 2017). Une adaptation du programme d'intervention *Family Talk*, conçu pour une clientèle de JPTM enfants et adolescents et leurs familles, et dont l'efficacité comme l'effectivité ont été validées à de nombreuses reprises à l'étranger (p. ex., Beardslee *et al.*, 2003; 2007; Solantaus *et al.*, 2010), pourrait être réalisée pour une clientèle transitant vers l'âge adulte au Québec. Aux cibles d'intervention prévues dans ce programme (c.-à-d., amélioration de la communication au sein de la famille, partage du vécu de chacun en lien avec le trouble parental et répartition des rôles et responsabilités), hautement pertinentes quel que soit l'âge des JPTM, pourraient s'ajouter un accompagnement familial à la prise d'autonomie ou encore un travail autour de l'identité personnelle et familiale de chacun des membres (p. ex., histoire commune, forces de chacun, projets en commun et personnels, etc.), notamment.

Plus largement, les résultats attestent de l'importance d'une meilleure prise en compte de la famille au sein des services en santé mentale, ce qui concorde avec les directives pancanadiennes qui recommandent d'adopter un système de soins et de programmes d'aide intégrés et coordonnés pour les enfants et familles vivant avec un parent ayant un trouble mental, qui reconnaît l'importance des membres de la famille, les soutient dans leur rôle, répond à leurs besoins et favorise leur implication (MacCourt *et al.*, 2013). À ce jour, il n'existe que peu d'information quant à l'utilisation de telles pratiques centrées sur la famille dans les services en santé mentale québécois, mais les membres des familles dont un parent a un trouble mental rapportent encore recevoir des services fragmentés ou en silo (Carrière *et al.*, 2010).

Malgré l'intérêt des résultats obtenus à l'issue de cette étude, il convient de noter que l'échantillon de celle-ci est restreint, quasi exclusivement composé de jeunes femmes et qu'il ne permet donc pas de statuer sur la représentativité des résultats à l'échelle de la population des JPTM. Des études de plus grande envergure visant à préciser les facteurs et processus les plus déterminants pour la résilience des JPTM en général et de certains sous-groupes en particulier (p. ex., chez les jeunes dont le parent a un trouble anxio-dépressif versus un trouble de la personnalité ou un trouble psychotique; chez les jeunes hommes) au cours de leur transition vers l'âge adulte permettront d'affiner le développement de mesures de soutien efficaces à offrir à cette clientèle.

Pour conclure, cette étude illustre combien il semble essentiel d'agir pour favoriser la santé mentale des JPTM lors de leur transition vers l'âge adulte en prenant appui sur les forces et les capacités des jeunes tout en proposant le soutien et les ressources nécessaires, à différents niveaux et en tenant compte de l'ampleur de leurs besoins, pour les aider à affronter les défis auxquels ils sont confrontés. Tandis que cette approche est recommandée pour soutenir la transition vers l'âge adulte des jeunes en général (Audet *et al.*, 2019; Becquet et Goyette, 2014), cette étude permet de préciser comment la décliner auprès de JPTM de 16 à 25 ans.

Financement

Ce projet de recherche s'est déroulé en partenariat avec l'organisme communautaire *le Réseau Avant de Craquer*. Ce dernier a été subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (892-2018-2024).

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Références

- Abraham, K. M. et Stein, C. H. (2013). When mom has a mental illness: Role reversal and psychosocial adjustment among emerging adults. *Journal of Clinical Psychology, 69*(6), 600-615. <https://doi.org/10.1002/jclp.21950>
- Ali, L., Ahlström, B. H., Krevers, B. et Skärsäter, I. (2012). Daily life for young adults who care for a person with mental illness: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*(7), 610-617. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01829.x>
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2^e éd.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.001.0001>
- Audet, M., Pauzé, R. et Lepage, J. (2019). Mieux comprendre le soutien social durant la transition à la vie adulte chez des jeunes présentant un profil de vulnérabilité : aperçu des connaissances actuelles. *Le magazine des psychoéducateurs : La pratique en*

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés

mouvement, 17, 21-23. <https://fr.zone-secure.net/38889/982512/#page=22>

- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J. et Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131. <http://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. et Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703-713. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.703>
- Becquet, V. et Goyette, M. (2014). L'engagement des jeunes en difficulté. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, (14). <http://journals.openedition.org/sejed/7828>
- Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N., Berthiaume, C., Lambert, J., St-Georges, M. et Smolla, N. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14 year olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 47-62. <https://doi.org/10.1023/A:1005170017815>
- Bosch, A., Riebschleger, J. et van Loon, L. (2017). Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 159-172. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1315955>
- Brawer-Sherb, M., Keitel, M., Cunningham, S., Ponterotto, J. G. et Lilliquist, B. (2020). Lived experiences of emerging adult women with single mothers: Exploring responses to perceived maternal depression. *Emerging Adulthood*. Prépublication. <https://doi.org/10.1177/2167696820941958>
- Burt, K. B. et Paysnick, A. A. (2012). Resilience in the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 24(2), 493-505. <http://doi.org/10.1017/s0954579412000119>
- Carrière, M., Clément, M., Tétrault, S., Pépin, G., Fortier, M. et Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, 35(2), 185-208. <https://doi.org/10.7202/1000559ar>
- Cohen-Scali, V. et Guichard, J. (2008). L'identité: perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (37/3), 321-345. <https://doi.org/10.4000/osp.1716>
- Collin, P., Rahilly, K., Richardson, I. et Third, A. (2011). *The benefits of social networking service: Literature review*. Cooperative Research Centre for Young People, Technology and Wellbeing. <https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws%3A11520/datastream/PDF/view>
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., Thapar, A. K., Harold, G. T., Rice, R. et Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00358-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00358-2)
- Dam, K. et Hall, E. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: A metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 442-457. <http://doi.org/10.1111/scs.12285>
- Douville, L., Dubé, A., Émery, M. et Normand, A. (2017). La démarche Photovoice à titre d'outil de changement social auprès des jeunes de la rue. *Intervention*, 145, 43-51. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2017/05/ri_145_2017.1_douville_et_al.pdf
- Ellis, L. et Hoskin, A. (2018). Familial depressive symptoms and delinquency: separate self-reports from mothers and their offspring. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(5), 1201-1215. <https://doi.org/10.1177/0306624X16678939>
- Ensminger, M. E., Hanson, S. G., Riley, A. W. et Juon, H. S. (2003). Maternal psychological distress: Adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1108-1115. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070261.24125.F8>
- Foster, K., Goodyear, M., Grant, A., Weimand, B. et Nicholson, J. (2019). Family-focused practice with EASE: A practice framework for strengthening recovery when mental health consumers are parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 351-360. <https://doi.org/10.1111/inm.12535>
- Foster, K., O'Brien, L. et Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x>
- Goldstein, A. L., Faulkner, B. et Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse and Neglect*, 37(1), 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.007>
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S. et Cantrill, J. A. (2005). The Internet: a window on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 243-247. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.023>
- Grob, R., Schlesinger, M., Wise, M. et Pandhi, N. (2020). Stumbling into adulthood: Learning from depression while growing up. *Qualitative Health Research*, 30(9), 1392-1408. <https://doi.org/10.1177/1049732320914579>

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés

- Institute of Medicine and National Research Council. (2015). *Investing in the health and well-being of young adults*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18869>
- Jacobs, R. H., Talati, A., Wickramaratne, P. et Warner, V. (2015). The influence of paternal and maternal major depressive disorder on offspring psychiatric disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2345-2351. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0037-y>
- Kaimal, G. et Beardslee, W. R. (2015). The perceived impact of parental depression on the narrative construction of personal identity: Reflections from emerging adults. *Narrative Works*, 5(1), 40-67. <https://journals.lib.unb.ca/index.php/NW/article/view/23784>
- Leipold, B., Munz, M. et Michèle-Malkowsky, A. (2019). Coping and resilience in the transition to adulthood. *Emerging Adulthood*, 7(1), 12-20. <http://doi.org/10.1177/2167696817752950>
- Letourneau, N. L., Fedick, C. B., Willms, J. D., Dennis, C. L., Hegadoren, K. et Stewart, M. J. (2006). Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age. Dans D. Devore (dir.), *Parent-Child Relations: New research* (p. 45-63). Nova Science Publishers.
- Lewandowski, R. E., Verdelli, H., Wickramaratne, P., Warner, V., Mancini, A. et Weissman, M. (2014). Predictors of positive outcomes in offspring of depressed parents and non-depressed parents across 20 years. *Journal of Child and Family Studies*, 23(5), 800-811. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9732-3>
- Lorenz, L. S. et Kolb, B. (2009). Involving the public through participatory visual research methods. *Health Expectations*, 12(3), 262-274. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00560.x>
- Luecken, L. J. et Gress, J. L. (2010). Early adversity and resilience in emerging adulthood. Dans J. W. Reich, A. J. Zautra et J. S. Hall (dir.), *Handbook of Adult Resilience* (p. 238-257). The Guilford Press.
- MacCourt, P., Comité consultatif sur les aidants membres de la famille et Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*. Commission de la Santé Mentale du Canada. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3273>
- Madewell, A. N. et Ponce-Garcia, E. (2016). Assessing resilience in emerging adulthood: The resilience scale (RS), Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), and scale of protective factors (SPF). *Personality and Individual Differences*, 97, 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.036>
- Marcotte, J., Villatte, A. et Levesque, G. (2014). La diversité et la complexité des jeunes (16-24 ans) inscrits à l'éducation des adultes : enquête et essai de typologie. *Revue des sciences de l'éducation*, 40(2), 253-285. <https://doi.org/10.7202/1028421ar>
- Marcotte, J., Villatte, A., Vrakas, G. et Laliberté, A. (2019). L'identité narrative de jeunes dits « vulnérables » s'appropriant à transiter vers l'âge adulte au Québec. *Psychologie française*, 64(3), 241-255. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.01.002>
- Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradović, J., Long, J. D. et Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1071-1094. <https://doi.org/10.1017/S0954579404040143>
- Masten, A. S., Obradović, J. et Burt, K. B. (2006). Resilience in emerging adulthood: Developmental perspectives on continuity and transformation. Dans J. J. Arnett et J. L. Tanner (dir.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (p. 173-190). American Psychological Association.
- Metz, D. et Jungbauer, J. (2021). "My scars remain forever": A qualitative study on biographical developments in adult children of parent with mental illness. *Clinical Social Work Journal*, 49(1), 64-76. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00722-2>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015 – 2025*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2016a). *La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services : Guide d'accompagnement* (Publication n° 16-914-08W). Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-08W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2016b). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux - Guide d'accompagnement*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Mordoch, E. et Hall, W. A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127-1144. <https://doi.org/10.1177/1049732308320775>
- Mottaghipour, Y. et Bickerton, A. (2005). The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 210-217. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.210>
- Neziroglu, F., Upston, M. et Khemlani-Patel, S. (2020). The psychological, relational, and social impact in adult offspring of parents

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés

- with hoarding disorder. *Children Australia*, 45(3), 153-158. <https://doi.org/10.1017/cha.2020.42>
- Ng-Knight, T., Shelton, K. H., Frederickson, N., McManus, I. C. et Rice, F. (2018). Maternal depressive symptoms and adolescent academic attainment: Testing pathways via parenting and self-control. *Journal of Adolescence*, 62, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.003>
- Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L. et Raita, E. (2012). Habits make smartphone use more pervasive. *Personal Ubiquitous Comput*, 16(1), 105-114. <https://doi.org/10.1007/s00779-011-0412-2>
- Pargas, R. C. M., Brennan, A. P., Hammen, C. et Le Brocque, R. (2010). Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental Psychology*, 46(4), 805-814. <https://doi.org/10.1037/a0019817>
- Patrick, P., Reupert, A. et McLean, L. (2019). "We are more than our parents' mental illness": Narratives from adult children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 839. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050839>
- Pauzé, R., Lepage, J., Audet, M. et Guy, A. (2019). Développement d'une carte conceptuelle pour mieux accompagner les jeunes vulnérables dans leur transition vers l'âge adulte. *La Pratique en Mouvement*, 17, 11-13. <https://fr.zone-secure.net/38889/982512/#page=12>
- Piché, G., Vetri, K., Villatte, A. et Habib, R. (2020). Étude pilote d'une intervention préventive ciblée, pour les enfants et familles vivant avec un parent dépressif. [Manuscrit soumis]. *Revue Psychoéducation*.
- Piché, G., Villatte, A. et Habib, R. (2019). Interventions préventives ciblant les enfants, adolescents et jeunes adultes vivant avec un parent ayant un trouble mental : recension des meilleures pratiques et recommandations. [Manuscrit accepté]. Dans G. Piché, S. Bourque et A. Villatte (dir.), *Parentalité et problèmes de santé mentale*. Presses de l'Université Laval.
- Reupert, A., Bartholomew, C., Cuff, R., Foster, K., Matar, J., Maybery, D. J. et Pettenuzzo, L. (2019). An online intervention to promote mental health and wellbeing for young adults whose parents have mental illness and/or substance use problems: theoretical basis and intervention description. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 59. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00059>
- Roberge, M. C. et Déplanche, F. (2017). *Knowledge synthesis of relevant spheres of action for promoting the mental health of young adults*. Institut National de Santé Publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2286_knowledge_relevant_spheres_action_promoting_mental_health_young_adults.pdf
- Schulenberg, J. E., Bryant, A. L. et O'Malley, P. M. (2004). Taking hold of some kind of life: How developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1119-1140. <https://doi.org/10.1017/s0954579404040167>
- Secrétariat à la Jeunesse. (2016). *Politique québécoise de la jeunesse 2030: Ensemble pour les générations présentes et futures*. Gouvernement du Québec. <https://www.jeunes.gouv.qc.ca/publications/documents/pqj-2030.pdf>
- Siegenthaler, E., Munder, T. et Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018>
- Simpson-Adkins, G. J. et Daiches, A. (2018). How do children make sense of their parent's mental health difficulties: A meta-synthesis. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 2705-2716. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1112-6>
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S. et Punamäki, R. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883-892. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0135-3>
- Thanhäuser, M., Lemmer, G., De Girolamo, G. et Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 283-299. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000342>
- Tronsden, M. V. (2012). Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188. <https://doi.org/10.1177/1049732311420736>
- Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H. et Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26(2), 157-176. <https://doi.org/10.1002/imhj.20037>
- van Loon, L. M., van De ven, M. O., van Doesum, K. T., Hosman, C. M. et Witteman, C. L. (2015). Factors promoting mental health of adolescents who have a parent with mental illness: A longitudinal study. *Child Youth Care Forum*, 44(6), 777-799. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9304-3>
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., Van Doesum, K. T., Reupert, A. et Van Loon, L. M. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(4), 281-299. <http://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- Villatte, A., Piché, G. et Vetri, K. (2020). *L'importance d'intervenir auprès des jeunes ayant un parent atteint d'un trouble mental, de la naissance jusqu'à l'âge adulte*. [Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens lors des consultations

Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ?
Ce qu'en pensent les jeunes concernés

particulières sur le Projet de loi no 56 : Loi visant la reconnaissance et le soutien des personnes proches aidantes]. Montréal.

- Wang, C. et Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education and Behavior*, 24(3), 369-387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O. et Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: Findings from the adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 23-28. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.091496>
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. et Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008. <http://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Yamamoto, R. et Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 131-141. <http://doi.org/10.1111/jpm.12415>

The Fifth World Congress on Resilience

Serban IONESCU¹

1 Université Paris 8 Saint-Denis

Corresponding Author: Serban Ionescu, MD, PhD, Emeritus professor, Université Paris 8 Saint-Denis.
Email: serban.ionescu@univ-paris8.fr

The Fifth World Congress on Resilience, held May 26 to 28, 2021, at the Yaoundé Convention Centre (Cameroon), was devoted to “Human development, sustainable development, and resilience.” Co-chaired by Étienne Kimessoukié-Omolomo and Colette Jourdan-Ionescu, the Congress was organized by the School of Health Sciences of the Catholic University of Central Africa under the aegis of Resilio, the International Association for promotion and dissemination of research on resilience. Due to health restrictions, the Congress was held in a hybrid format, online and with 120 in-person participants.

The Congress program included seven plenary lectures, five round tables, five symposia, 34 parallel communications sessions, and three poster sessions. In total, 230 papers were presented. The authors were researchers and practitioners from 28 countries, including 15 African countries (i.e., South Africa, Algeria, Benin, Cameroon, Congo, Ivory Coast, Gabon, Ghana, Mali, Morocco, Central African Republic, Democratic Republic of Congo, Rwanda, Senegal, and Togo). This strong African presence shows the growing interest of this continent’s countries in resilience research and resilience-based practices.

The Yaoundé Congress followed four previous world congresses, which had topics: “From research to practice” (Paris/France, 2012), “From person to society” (Timisoara/Romania, 2014), “Resilience and culture. Culture of resilience” (Trois-Rivières/Canada, 2016), and “Resilience-based practices” (Marseille/France, 2018). The topic of the fifth Congress was chosen by considering the current strong disturbances in ecosystems balances and the growing concerns about the development and future of our planet. In addition, the pandemic caused by Sars-CoV-2 has shown the limits of current developments and, in particular, of globalization. The 17 Sustainable Development Goals formulated in 2015 by the United Nations’ member states form the core of a real action plan for the future of humanity. For putting this plan into practice, resilience has been viewed as a central concept that provides explanations for ecological and societal phenomena; at the same time, it offers avenues for intervention strategies. As research on resilience – especially on psychological resilience – had strong links with human development throughout its history, the organizers of the Yaoundé Congress have placed human development at the center of this scientific meeting, as well as sustainable development and their relationship to resilience. This framework was materialized in the content of the Yaoundé Congress program by:

- Conferences on “The role of resilience in the pathway to territorial sustainability” (Voiron-Canicio, 2021) and on “Globalization and resilience” (Ionescu, 2021);
- Round tables devoted to the relationship of sustainable development with ecology, resilience, and culture or with organizational resilience;

- Several communications devoted to issues such as “Endogenous knowledge and local development in Benin: Resilience strategies of traditional institutions in the process of sustainable human development” (Yolou Bamisso, & Ouassa Kouaro, 2021); “Savings and health microcredit: Factors of community resilience and sustainable development” (Wouofang et al., 2021); “Social audit and Corporate Social Responsibility (CSR): Levers of resilience and sustainable performance of small and medium-sized enterprises (SMEs) in Morocco” (Lagoubi, & Balhadj, 2021); “Women ‘in ambush.’ What resilience for a sustainable artisanal transformation on the Petite Côte (in Senegal)?” (Thiaw et al., 2021); “Sustainable development, population displacement and environmental resilience in Cameroon” (Tchaptchet Ndamen Njindam et al., 2021).

In keeping with the *International Journal of Child and Adolescent Resilience’s* focus on childhood and adolescence, we identified papers at the Congress that targeted these ages and found 42 from the 230 presented (18%). This commentary will be devoted to the main topics identified in these papers.

One of the issues addressed at the Congress is the resilience process during *transitional situations* such as leaving a foster family or an institution or completing a period of schooling to live in society independently. In this context, in South Africa, the role of *Ubuntu* as a cultural protective factor was emphasized (Van Breda, 2021). African culture implies an “embedded or ‘anthropocentric’ way of life”: individuals are an integral part of a larger community, and it is the community that facilitates individual self-realization. For young people leaving families or foster homes, promoting *Ubuntu* facilitates the process of resilience.

Mentoring is another factor that facilitates resilience in young people receiving care in social assistance institutions, during their transition to adulthood and towards independence. This was highlighted in the “*Now What?*” research (Tomita, 2021) carried out in Romania, Greece, Albania, and Portugal. Likewise, the process of resilience during the transition from school to adulthood can be facilitated in young people with intellectual disabilities by including, in the preparation program for the exit, a *special educational tool*, a road map facilitating socialization (Julien-Gauthier et al., 2021).

Another aspect addressed at the Yaoundé Congress is the resilience of children and adolescents in *situations of extreme violence* linked to terrorism, war, or violent deculturation. In the 1990s, during Islamist terrorism in Algeria, the *family* had an important role as a protective factor. Indeed, the young people who benefited from a containing family envelope did much better (Mansour & Mekiri, 2021). In Colombia, during the 1991–2019 armed conflict in the Choco department, the creativity involved in recreational and playful activities associated with support networks facilitated the initiation and effectiveness of the resilience process (Meneses Copete, 2021). In Canada, researchers are wondering about the role that the Truth and Reconciliation Commission (2015) can play – through legal actions or commemorations – in the process aimed at building cultural resilience among the survivors of the residential schools and their children, as well as among members of the indigenous peoples’ communities who discover the violent deculturation operated in these establishments (Rondeau, 2021).

For children and adolescents with family breakdowns living in the streets of Kinshasa and Lubumbashi (in the Democratic Republic of the Congo), survival involves using resourceful strategies such as begging, carrying parcels or luggage, selling cooking spices, or shining shoes. This is often associated with behaviours considered inappropriate/asocial: e.g., theft of food, prostitution, excessive consumption of hemp, inhaling glue (Birangui, 2021). These findings show that to survive, the strategies used are very different from what the definition of resilience mention as “positive,” “good,” or “healthy” adaptation.

An important feature of the Yaoundé Congress program was the presentation of many papers devoted to resilience in relation to *somatic health problems* from the first days of life. Indeed, faced with insufficient care services for *premature babies*, the community must find ways to ensure the survival of these children and combine modern and traditional methods. As part of the latter, as shown by research carried out in Ivory Coast (Ouattara et al., 2021), the traditional methods include medicinal plants, minerals, and, more generally, local/traditional knowledge.

Another issue addressed in Yaoundé is resilience in the case of *congenital malformations*. In cases of *tetralogy of Fallot*¹, the multisectoral approach used in Cameroon makes it possible to intervene and ensure the follow-up of 90% of children with this malformation. Interviews with families and caregivers have shown (Kiyung, 2021) that caring is an important factor in developing assisted resilience in children with tetralogy of Fallot. Caring is a relevant concept

¹ Tetralogy of Fallot is the most common cyanotic heart defect and the most common cause of the blue baby syndrome. Two abnormalities (pulmonary artery stenosis and ventricular septal defect) cause hypertrophy of the right ventricle and dextro-position of the aorta.

in nursing and means attentive surveillance and actions, which lead to the relief or alleviation of symptoms and improved comfort. In the case of *hypospadias*², research conducted in Yaoundé (Lele Bomgni & Geh Bih, 2021) has shown that surgery, information provided, psychological support, and post-hospitalization follow-up improve the resilience of the involved parents.

Malnutrition has important somatic and cognitive effects. One of the papers presented (Kouenkap, 2021) indicates that, for malnourished Cameroonian children aged 36-59 months, full vaccination, the attendance of preschool, and the father's commitment to child learning increase the level of pre-literacy and pre-calculus abilities.

Used to characterize children of above-average growth in a hostile, poor environment if they receive, in addition to good quality food, affection, physical interactions, verbal and environmental stimulation, the concept of *nutritional resilience* was discussed in a paper (Frisch et al., 2021) that addressed the prevention of nutritional pathologies through training. This training included three dimensions: nutritional, psychosensory/behavioural, and socioenvironmental. The training is based on supportive psychological and educational practices for the development of resilience aimed at vulnerable groups.

Several papers addressed the process of resilience in children and their families when the diagnosis was sickle cell disease, HIV, type 1 diabetes, or, more recently, COVID-19. The *intervention* aimed at the development of resilience constituted another significant part of the communications at this Congress. One of these communications (Mboe, 2021) describes the role played, in Cameroon, by centers for the advancement of women, which support young girls to gain more autonomy, towards greater *economic resilience*, through training focused on income-generating activities.

All papers presented in Yaoundé highlighted the enrichment of knowledge on resilience through the internationalization of research in the field, the diversification of the topics addressed, and the approach of new original research directions.

Conflict of interest

The author has no conflicts of interest to disclose

References³

- Birangui, J. P. (2021). *Résilience des enfants congolais de 14 à 26 ans en rupture familiale* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Frisch, M., Bertin, E., & Henrion-Latche, J. (2021). *Résilience nutritionnelle : un nouveau champ de recherche pluridisciplinaire et didactique en éducation à l'alimentation* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Ionescu, S. (2021). *Globalisation and Resilience* [Opening conference]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Julien-Gauthier, F., Julie Ruel, J., & Jourdan-Ionescu, C. (2021). *L'implantation de la Carte routière auprès d'élèves ayant une déficience intellectuelle en transition de l'école à la vie adulte* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Kiyung, V. (2021). *Le Caring comme un facteur de résilience chez les enfants vivant avec la tétralogie de Fallot au Cameroun* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Kouenkap, S.B. (2021). *Factors associated with cognitive development of malnourished children aged 36-59 months in Cameroon* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Lagoubi, S., & Balhadj, S. (2021). *Audit social et RSE : leviers de résilience et de performance durable des PME du Maroc* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Lele Bomgni, S., & Geh Bih, I. (2021). *Traitement de l'hypospadias comme facteur de résilience parentale* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Mansour, G., & Mekiri, K. (2021). *Résilience d'adolescents : contexte de violence extrême lié au terrorisme vécu en Algérie dans les années 90* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Mboe, G.G. (2021). *La contribution des centres de promotion de la femme dans la résilience économique des jeunes filles* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Meneses Copete, Y.A. (2021). *Enfance et résilience. Le conflit armé dans le département du Chocó, Colombia, 1991-2019*. Paper

² A birth defect in which the opening of the urethra is on the underside of the penis instead of at the tip. It is the second-most common birth abnormality of the male reproductive system.

³ The conference program can be consulted here:

https://resilience2020.ess-ucac.org/Programme_complet_avec_resume_du_5e_congres_mondial_sur_la_resilience.pdf

presented at the Fifth World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.

- Ouattara, Z.A., Brou, A.K., Dimi, T., Doudou, N. A., & N'Doumy, N. (2021). *Le savoir local comme capitaux de résilience pour la survie du prématuré dans la communauté Gouro de Manouffa* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Rondeau, D. (2021). *Commissions vérité et réconciliation et résilience culturelle : le cas de la CVR du Canada sur les pensionnats indiens* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Tchaptchet Ndamen Njindam, M.B., Jourdan-Ionescu, C., & Kimessoukié Omolomo, E. (2021). *Développement durable, déplacements des populations et résilience environnementale au Cameroun* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Thiaw, D., Vanderlinden, J. P., & Kane, A. (2021). *Femmes en « embuscade ». Quelle résilience pour une transformation artisanale durable sur la Petite Côte (au Sénégal)* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Tomita, M. (2021). *The experience of youth leaving care in four European countries* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Canada's residential schools: the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. McGill-Queen's University Press. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.807830/publication.html>
- Van Breda, A. (2021). *Promoting a relational- and resilience-based policy framework for young people in and leaving care* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Voiron-Canicio, C. (2021). *Le rôle de la résilience dans la trajectoire vers la durabilité territoriale* [Conference session]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Wouofang, A., Kimessoukié Omolomo, E., Djossa, I., Ngo Bayiga, D., Khinoun, E., & Pountougnigni, E. (2021). *Épargne et Microcrédit santé : facteurs de résilience communautaire et de développement durable*. Paper presented at the Fifth World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.
- Yolou Bamisso, Y., & Ouassa Kouaro, M. (2021). *Savoirs endogènes et développement local au Bénin : stratégies de résiliences des institutions traditionnelles au processus de développement humain durable* [Paper presentation]. 5th World Congress on Resilience. Yaoundé, Cameroon.

Prévenir les violences sexuelles en milieu autochtone : Retour sur la formation au Programme Lanterne|Awacic

**Virginie ATTARD¹, Jacinthe DION², Christiane BERGERON-LECLERC¹,
Vincent TREMBLAY³, Martine HÉBERT⁴ et Mireille DE LA SABLONNIÈRE-GRIFFIN²**

1 Département sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, Québec

2 Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, Québec

3 Module d'informatique et de Mathématiques, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, Québec

4 Département en sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec

Correspondance : Virginie Attard, M.T.S (c), Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi, 555, boul. de l'Université, Chicoutimi, Québec, Canada, G7H 2B1, Téléphone : 581-235-5760, Courriel : virginie.attard1@uqac.ca

Résumé

Objectifs : La violence sexuelle demeure un problème sociétal touchant tous les groupes sociaux comme les enfants. En ce sens, cette étude évalue un programme de formation à la prévention de la violence sexuelle chez les tout-petits en communautés autochtones. L'étude vise à documenter les effets de la formation au Programme Lanterne|Awacic ainsi qu'à identifier les barrières et les leviers propres à ce type de formation.

Méthode : Menée auprès de 42 intervenants, cette étude évaluative de nature mixte a privilégié l'utilisation de trois types de collecte de données : le questionnaire, l'entrevue et le groupe de discussion.

Résultats : Des effets positifs de la formation ont été observés à très court terme (p. ex., augmentation des connaissances et des croyances). Les résultats sont plus mitigés quant à son effet sur l'utilisation des outils à moyen terme (p. ex., faible utilisation des outils). Les résultats mettent également en exergue l'importance du processus de sécurisation culturelle dans les projets menés dans les communautés autochtones, la nécessité d'impliquer la population locale dans le projet et l'appréciation des participants face à la formation au Programme Lanterne|Awacic.

Implications : La formation permet d'outiller les professionnels œuvrant auprès des enfants d'âge préscolaire à intervenir en matière de prévention de la violence sexuelle. Les résultats suggèrent néanmoins qu'un rappel de la formation aurait permis de maintenir les effets à plus long terme. En somme, les résultats indiquent la pertinence de poursuivre les efforts de prévention dans les communautés autochtones.

Mots-clés : Prévention; violence sexuelle; promotion des relations respectueuses; petite enfance; communautés autochtones; évaluation de programme.

Introduction

Depuis une trentaine d'années, la société a pris conscience de l'ampleur des agressions sexuelles (AS) commises envers les enfants. Dans leur méta-analyse, incluant 45 études réalisées dans 24 pays, Barth et ses collègues (2013) estiment que la prévalence de l'AS envers les enfants est de 18-20 % chez les filles et de 8 % chez les garçons à l'échelle mondiale. Au Québec, en 2006, ce sont 9,7 % des hommes et 22 % des femmes qui rapportent avoir été victimes d'au moins un incident d'AS avec contact avant l'âge de 18 ans, ce qui représente 16 % de la population québécoise (Tourigny *et al.*, 2008). Concernant les communautés autochtones, de 25 % à 50 % des personnes auraient été victimes d'AS dans l'enfance (Collin-Vézina *et al.*, 2009).

L'ampleur et les conséquences associées font du phénomène de l'AS un enjeu social majeur (Tourigny et Baril, 2011). Chez les enfants, les conséquences de l'AS sont pernicieuses et peuvent provoquer, en plus des séquelles physiques, des troubles mentaux comme un état de stress post-traumatique ou encore des problèmes de comportements (Hébert, 2011). Ces conséquences peuvent également persister jusqu'à l'âge adulte (Hailes *et al.*, 2019). En milieu autochtone, non seulement les conséquences associées à l'AS perdurent, mais elles tendent à s'intensifier en raison du contexte socio-économique et politique et de l'éloignement géographique des grands centres urbains (Collin-Vézina *et al.*, 2009; Morin et Lafortune, 2008; Muckle et Dion, 2008). De surcroît, l'encouragement à garder le silence ajoute une dynamique particulière aux communautés autochtones (Morin et Lafortune, 2008). Dans ce contexte, la prévention revêt une importance primordiale. Cette étude porte sur la mise en place et l'évaluation d'un programme de formation destiné aux intervenants en milieux autochtones afin d'accompagner les enfants dans leur développement d'habiletés de protection dans deux communautés autochtones atikamekw.

Les agressions sexuelles en milieu autochtone

Depuis la colonisation, les peuples autochtones ont été soumis à une déstructuration de leur mode de vie. À partir de 1850, plusieurs lois disparates ont été votées concédant une autorité de l'état colonisateur sur les populations autochtones. Toutefois, l'Acte des Sauvages (Statuts du Canada, 1876), réintitulé par la suite *Loi sur les indiens*, est le premier acte politique qui vient unifier les lois politiques précédentes. À l'heure actuelle, cette loi est toujours en vigueur et elle est considérée comme ayant une influence majeure sur les difficultés vécues par les Autochtones (Fast et Collin-Vézina, 2019; Morency et Kistabish, 2001). À travers cette loi, diverses mesures d'assimilation ont été mises en place, ce qui a engendré de multiples traumatismes chez les communautés autochtones. En retirant le pouvoir politique des communautés, les autochtones se sont retrouvés soumis à un mode de décision sur lequel ils n'ont eu aucune prise possible. Notamment, la réduction des territoires et le confinement dans des réserves ont engendré un changement draconien dans le mode de vie des Autochtones (Dion *et al.*, 2016; Fast et Collin-Vézina, 2019; Muckle et Dion, 2008; Ross *et al.*, 2016). Bien que l'AS reste une problématique alarmante au sein des communautés, peu de recherches ont été réalisées avec les milieux autochtones (Dion *et al.*, 2018). Pourtant, cette population fait face à des enjeux spécifiques. Au regard de l'éloignement géographique des communautés autochtones des grands centres urbains, il apparaît difficile pour les personnes de dénoncer leur agresseur sans crainte de représailles et en toute confidentialité. Par exemple, les déplacements au sein des communautés sont aisément visibles de tous au regard de la faible superficie des territoires. De surcroît, la confidentialité des victimes n'a pas toujours été respectée au sein des services sociaux et des services de santé (Morin et Lafortune, 2008). Il semble toujours pénible de parler de violence sexuelle et d'échanger sur le sujet (Morin et Lafortune, 2008). La proximité géographique avec l'agresseur, les sentiments de honte ou de peur ou encore le fait de ne pas vouloir créer de bouleversements intracommunautaires seraient des explications possibles au silence des victimes (Picard, 2004). De plus, une méfiance des Autochtones envers les services publics peut également freiner certaines personnes dans leur dévoilement d'AS (Bergeron *et al.*, 2015). La présence de professionnels allochtones représente donc une entrave supplémentaire à l'accompagnement de personnes victimes d'AS. En effet, les relations entre les allochtones et les Autochtones sont teintées par le passif colonisateur (Conseil Canadien de la Santé, 2012), mais également par les différences culturelles.

La prévention de la violence sexuelle

Au regard de ce contexte, le Programme Lanterne|Awacic a tenté de répondre à la problématique de la violence sexuelle auprès des enfants en bas âge en formant les professionnels travaillant avec cette population au sein de communautés autochtones. Ce programme s'inscrit dans le contexte politique du dernier plan d'action encadrant la prévention de la violence sexuelle (Gouvernement du Québec, 2016). Depuis 2018, dans le milieu scolaire, les contenus d'éducation à la sexualité sont obligatoires, excepté pour les élèves du préscolaire qui constituent pourtant une population à risque. De surcroît, les jeunes enfants sont ceux qui ont le plus de difficulté à dévoiler une AS (Paine

et Hansen, 2002).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS; 2012) et le Center for Disease Control and Prevention (CDC; Basile *et al.*, 2016) préconisent le développement des programmes de prévention des AS selon le modèle des cercles d'influence qui prend en compte tous les systèmes qui gravitent autour de la personne. Perçue comme une intervention systémique, la prévention doit se faire à plusieurs niveaux, soit individuel, relationnel, communautaire et sociétal. S'attaquer aux facteurs de risque est la meilleure méthode à adopter pour sensibiliser les personnes à la problématique de l'AS. La formation de professionnels gravitant auprès des enfants permettrait donc de reconnaître les signes de violence sexuelle et de connaître le comportement à adopter face à un dévoilement.

Quatre études ont évalué les programmes de prévention pour les enfants en bas âge : le programme ESPACE (Hébert *et al.*, 2001), *Smarter, Safer Kids* (Brown, 2017), *Parents as teachers of Safety* (Kenny, 2009) et *Behavioral Skills Training Program* (Sarno et Wurtele, 1997). L'évaluation de ces programmes met en exergue que l'apprentissage et la connaissance des parties intimes et de leur dénomination apparaissent comme des facteurs essentiels pour favoriser la réussite des ateliers de prévention. En effet, ces connaissances permettent aux enfants de développer des habiletés de protection et de reconnaître des situations potentiellement à risque ou dangereuses. À titre d'exemple, les situations d'AS sont souvent présentées comme un jeu auprès des enfants (p. ex., jouer au médecin). Toutefois, une acquisition ponctuelle des connaissances n'est pas suffisante, ces acquis ont besoin d'être ancrés dans la mémoire des enfants. L'instauration d'une routine pour les journées de prévention et la répétition des précédentes activités permettent ainsi aux enfants de mieux retenir les informations. C'est pourquoi la planification des ateliers sur plusieurs séances apparaît également comme un élément fort des études consultées (Kenny, 2009; Sarno et Wurtele, 1997).

Ces initiatives semblent principalement se concentrer sur les enfants, délaissant parfois la place et le rôle du parent en tant qu'acteur dans la prévention de la violence sexuelle. Pourtant, selon Kenny (2009), l'acquisition des connaissances sera accrue si celles-ci sont réinvesties dans leur cadre familial (p. ex., lors du bain, demander à l'enfant de nommer les parties de son corps). Par ailleurs, les violences commises envers les enfants en bas âge sont généralement perpétrées par un adulte connu de l'enfant, et souvent par un parent ou un membre de la famille élargie (Hébert et Daignault, 2015). Pour les parents, il peut être difficile de s'imaginer qu'un agresseur puisse se retrouver dans leur environnement immédiat. Ainsi, la sensibilisation et l'éducation des parents en matière de prévention de la violence sexuelle apparaissent essentielles. Aussi, il apparaît important de former les professionnels qui côtoient les enfants au quotidien comme les intervenants dans les CPE et les professeurs dans les écoles, mais également ceux qui les accompagnent de manière ponctuelle dans les services de santé et les services sociaux.

Les conditions favorables à l'implantation d'un programme

Les conditions favorables d'implantation d'un programme apparaissent de nature structurelle et organisationnelle. La promotion d'un programme auprès de partenaires, mais aussi de milieux permet de susciter l'intérêt des personnes et ainsi créer une volonté de participation au programme (Minore et Hofner, 2014). Une seconde condition favorable à l'implantation d'un programme réside dans la motivation (Fixsen *et al.*, 2009) et l'engagement des personnes à prendre part aux activités (Fenouillet, 2011). La communication transparente avec les collaborateurs (Minore et Hofner, 2014) et l'importance de transmettre des consignes claires aux partenaires sont des facteurs inhérents à l'implantation d'un programme (Bandura, 1976; Gardner, 2004). La formation de professionnels sur le terrain, dans la pré-implantation d'un programme, revêt une place essentielle dans les conditions favorables puisque cela permet d'outiller les intervenants et d'identifier les situations problématiques (Bergeron *et al.*, 2015; Kirby, 2001; Manseau *et al.*, 2005). Afin de favoriser les effets positifs, la formation doit être encadrée par des animateurs qualifiés et elle doit présenter un contenu de qualité prenant en compte les besoins spécifiques du terrain afin de maintenir une légitimité auprès des collaborateurs (Minore et Hofner, 2014). Former adéquatement les professionnels apparaît être un enjeu majeur à l'implantation d'un programme. En ce sens, le Programme Lanterne|Awacic a souhaité en faire l'une de ses priorités.

Méthodologie

La formation au programme Lanterne|Awacic

Pour répondre au manque de programmes de prévention de la violence sexuelle chez les 0-5 ans au sein de communautés autochtones atikamekw, le Programme Lanterne|Awacic¹ a été développé par la Fondation Marie-Vincent, en partenariat avec des Atikamekw et le Conseil de la Nation Atikamekw, à la suite d'une analyse des besoins. En effet, les résultats de cette analyse ont révélé que les communautés demandaient à être formées sur cette problématique (Hébert *et al.*, 2017). Une formation (voir Tableau 1) et divers outils ont été créés (voir Tableau 2), en collaboration avec des artistes atikamekw et en se basant également sur les recommandations en matière de prévention de la violence sexuelle auprès des tout-petits (Attard, 2021).

Tableau 1. Description de la formation Lanterne|Awacic

Caractéristiques	Description
Public cible	Toute personne intervenante et éducatrice provenant de milieux atikamekw qui travaille auprès des tout-petits.
Durée de la formation	Une journée de 6 heures OU deux demi-journées de 3 heures.
Objectifs spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accroître leurs connaissances en matière de violence sexuelle, d'éducation à la sexualité et de promotion des relations respectueuses² chez les tout-petits. 2. Amorcer une réflexion sur les pratiques en matière d'éducation à la sexualité et de promotion des relations respectueuses auprès des jeunes enfants. 3. S'approprier les outils du Programme Lanterne Awacic pour faire davantage de prévention de la violence sexuelle au quotidien.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de contenu par le biais d'un support Powerpoint • Partage d'expériences dans le cadre des interventions des professionnels • Présentation d'outils de prévention

Objectifs

La présente étude s'appuie sur un devis mixte (quantitatif et qualitatif) afin d'obtenir un point de vue holistique des effets (évaluation sommative) et les facteurs ayant facilité l'implantation (évaluation formative) de la formation au Programme Lanterne|Awacic (Gresham, 2007; McConaughy et Ritter, 2014; Shapiro et Kratochwill, 2000), ainsi qu'à offrir des recommandations pratiques. Les objectifs de l'évaluation sont 1) d'évaluer les effets de la formation sur la modification des croyances, l'acquisition de connaissances et le niveau d'aisance des professionnels à intervenir et à utiliser les outils du programme, 2) documenter la perception des professionnels quant à la pratique sécurisante des animatrices lors de la formation et à la création des outils et 3) d'identifier les barrières et les leviers propres aux formations de prévention en matière de violence sexuelle au sein des communautés autochtones.

Recrutement

La collecte de données s'est réalisée en trois temps afin de répondre aux volets quantitatifs et qualitatifs de l'étude à l'automne 2019. L'échantillon principal a été collecté par le biais de questionnaires rempli avant et après la formation ($n=42$) et deux échantillons secondaires ont été collectés lors d'un groupe de discussion ($n=5$) une semaine après la formation et d'entrevues téléphoniques ($n=10$) deux mois après la formation. Lors de chaque volet de l'étude, le consentement libre et éclairé de chaque participant a été obtenu. Une approbation éthique a été obtenue pour réaliser cette étude par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et celui de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

¹ Pour en savoir plus sur le programme Lanterne, veuillez-vous référer au site suivant : https://cdn.marie-vincent.org/wp-content/uploads/2019/07/D%C3%A9pliant_Parents.pdf.

² Le terme de relations respectueuses a été favorisé à celui de relations égalitaires par les personnes autochtones travaillant avec la Fondation Marie-Vincent.

Tableau 2. L'arborescence des outils du programme Lanterne|Awacic







Outils	Public Cible	Animation	Thèmes	Visuel
Imagier tout-carton Toi comme moi	0-24 mois 2-3ans	Intervenants	Relations respectueuses	
Jeu Masko l'oursion aventureux	2 à 5 ans	Intervenants	Violence sexuelle et habiletés de protection de soi	
Cahier-causerie Lanterne Awacic Parler de sexualité de manière adaptée aux jeunes enfants : éduquer pour protéger !	3-5 ans	Intervenants	Éducation à la sexualité, relations respectueuses et violence sexuelle	
Guide Lanterne Awacic Quand la sexualité des jeunes enfants vous inquiète : analyser, intervenir et alerter.	Intervenants		Violence sexuelle, comportements sexuels sains et problématiques, dévoilement, signalement	
Vidéo L'éducation à la sexualité chez les tout-petits	La communauté		Éducation à la sexualité, relations respectueuses et violence sexuelle	
Vidéo Se rappeler d'où l'on vient pour mieux comprendre qui nous sommes	La communauté		Éducation à la sexualité, relations respectueuses et violence sexuelle	

Tableau 3. Le profil des participants de l'étude ($n = 42$)

Caractéristiques	N	%
Genre		
Femme	38	90,5
Homme	4	9,5
Âge		
18-29 ans	8	19,1
30-39 ans	11	26,2
40-49 ans	11	26,2
50-59 ans	9	21,4
60 ans et plus	3	7,1
Première langue apprise		
Atikamekw	33	78,6
Français	8	19,0
Autres	1	2,4
Domaine d'étude		
Administration	1	2,7
Criminologie	1	2,7
Enseignement	5	13,5
Ergothérapie	1	2,7
Santé	3	8,1
Service de garde	3	8,1
Technique policière	1	2,7
Travail social	22	59,5
Formation passée sur la violence sexuelle		
Non	28	68,3
Oui	13	31,7
Moment de la formation passée		
Moins de 5 ans	9	64,3
Plus de 5 ans	5	35,7

Les participants

Sur les 56 personnes ayant été approchées pour l'étude, 42 ont consenti à y participer, ce qui correspond à un taux de participation de 75 %. L'échantillon comprend 90 % de femmes et la moyenne d'âge se situe dans la quarantaine. Au total, 78 % des participants ont comme langue maternelle l'Atikamekw. Au sein des milieux de travail, l'Atikamekw et le français apparaissent comme les deux langues principalement utilisées. L'échantillon est composé de travailleurs sociaux exerçant dans plusieurs milieux comme le CPE (37 %), les écoles (22 %) ou encore les services sociaux (22 %). Concernant la prévention de la violence sexuelle et la promotion des relations respectueuses, 68 % des participants ont affirmé n'avoir jamais reçu une formation sur ce sujet. Ainsi, 32 % des participants certifient qu'ils ont déjà été formés sur la problématique de la violence sexuelle et parmi ces participants, 64 % d'entre eux ont reçu une formation sur cette thématique dans les cinq dernières années.

Les instruments de mesure

Les outils utilisés pour les collectes de données ont été développés par des personnes allochtones et autochtones, puis soumis à l'expertise de personnes autochtones atikamekw et innu.

Les questionnaires prétest et post-test

Profil sociodémographique. Lors du prétest, une série de 15 questions ont été posées afin de dresser un profil des participants. Des questions classiques à propos de l'âge, du genre, de la langue maternelle (et parlée au travail) et de l'emploi ont été posées.

Connaissances à l'égard de la violence sexuelle et de la promotion des relations respectueuses. Cette mesure présente aux deux temps de collecte comprend 11 questions pouvant se répondre par *Vrai* ou *Faux*, dont cinq qui abordent la violence sexuelle et six qui concernent la promotion des relations respectueuses. La valeur accordée à une mauvaise réponse est de « 0 » et « 1 » pour une bonne réponse. Le score total peut varier entre 0 et 11.

Croyances face à la violence sexuelle ($\alpha = ,79$). Cette section, également présente aux deux temps de mesure, comprend 12 énoncés pouvant être répondus avec une échelle allant de *Fortement en désaccord* (0) à *Fortement en accord* (4). Six items représentent des croyances stéréotypées (ces items ont été recodés de manière inversée) et six autres sont exemptes de préjugés. Le score total varie de 0 à 48 et plus le score est élevé, plus leurs croyances sont favorables à l'égard de la prévention de la violence sexuelle, l'éducation à la sexualité et la promotion des relations respectueuses.

Sentiment d'autoefficacité à appliquer et transmettre des connaissances ($\alpha = ,77$). Cette section remplie au pré et post-test comprend 9 énoncés pouvant être répondus sur une échelle de 0 à 4, où les participants doivent préciser à quel point ils se sentent capables d'accomplir ce qui est décrit par l'item : *Je me sens incapable de pouvoir le faire* (0) à *Je suis certain de pouvoir le faire* (4). Le score total se situe entre 0 et 36; un score plus élevé signifie un meilleur sentiment d'autoefficacité.

Perception d'autoefficacité quant à l'utilisation des outils éducatifs Lanterne|Awacic ($\alpha = ,82$). Cette section est présente seulement au post-test et évalue la perception d'être capable d'utiliser chacun des quatre outils du Programme Lanterne|Awacic à l'aide d'une échelle en 5 points allant de *Je me sens incapable de pouvoir le faire* (0) à *Je suis certain de pouvoir le faire* (4). Le score total varie entre 0 et 16.

Appréciation à l'égard de la formation ($\alpha = ,91$). Au post-test seulement, les participants ont été invités à répondre à 8 énoncés sur leur appréciation du contenu, des activités, de l'animation ainsi que leur appréciation globale de la formation. Ces items se répondent à l'aide d'une échelle variant entre *Fortement en désaccord* (0) à *Fortement en accord* (4) et le score total varie entre 0 à 32.

Le groupe de discussion sous forme de repas communautaire

Une grille d'entrevue a permis d'aborder les thèmes suivants: l'appréciation générale de la formation, le transfert et l'application des connaissances ainsi que la sécurisation culturelle. Contrairement aux questionnaires, et par manque de temps, la grille du groupe de discussion n'a pas pu être validée par des représentants de communautés autochtones. Avec l'accord verbal des participants, l'entrevue de groupe a été enregistrée par le biais d'un dictaphone et des prises de notes ont été effectuées concernant l'ambiance, les termes récurrents comme celui d'abus sexuel et les recommandations.

Les entretiens téléphoniques

La grille des entretiens téléphoniques a été développée en suivant le même processus que celle des questionnaires et a été testée par des personnes autochtones. Les thèmes de cette grille se concentraient sur les acquis de la formation sur le moyen terme, la mise en pratique de ceux-ci dans leur travail, leur perception au regard de la présence d'une formatrice autochtone et l'utilisation des outils.

Le traitement et l'analyse des données

Les analyses descriptives, de même que les Test-t appariés ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS (version 25). Les questions ouvertes du questionnaire de même que les données qualitatives issues du groupe de discussion et des entretiens téléphoniques ont été analysées, à l'aide du logiciel NVivo (version 12), par regroupement thématique d'idées (Miles et Huberman, 1994) et ensuite interprétées à la lumière de l'approche du transfert de connaissance (Graham *et al.*, 2006), des principes directeurs en recherche évaluative autochtone (Chandna *et al.*, 2019) ainsi que des valeurs fondamentales de recherche en milieu autochtone (Lafrance et Nichols, 2008). Par la suite, la triangulation des données qualitatives et quantitatives (Cohen et Manion, 1980) a permis de produire une interprétation plus complète des données quantitatives et qualitatives.

Résultats

Les résultats sont présentés sous deux rubriques : d'abord celle liée aux effets de la formation, par la suite celle présentant les conditions d'implantation.

Les effets associés à la participation à la formation Lanterne|Awacic

Les résultats des analyses visant à explorer les effets de la formation sont présentés au Tableau 4.

Tableau 4. Moyennes et écarts-types de chaque instrument et tailles d'effet des différences entre les temps de mesure ($n = 42$)

	Prétest	Post-test	Résultat	Taille d'effet
	M (ET)	M (ET)	t	η^2
Connaissances – score total (0-11)	7,51 (2,24)	7,56 (3,28)	-2,534*	0,15
Violence sexuelle (0-5)	2,86 (1,10)	3,16 (1,46)	-3,851***	0,29
Relations respectueuses (0-6)	4,65 (1,57)	4,40 (2,07)	-0,513	n.s.
Croyances (0-48)	35,39 (5,93)	38,66 (7,00)	-4,605***	0,38
Sentiment d'autoefficacité (0-36)	27,69 (4,11)	31,73 (4,62)	-5,701***	0,50

Note. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Les connaissances

Les résultats révèlent que la participation à la formation est associée à une augmentation significative des connaissances des participants entre le pré et le post-test, et plus particulièrement pour l'échelle de prévention de la violence sexuelle. Cette augmentation peut être qualifiée de grande lorsqu'on observe la taille d'effet des différences entre les temps de mesure (Cohen, 1988). Aucune augmentation significative des connaissances n'est observée pour l'échelle de promotion des relations égalitaires. Toutefois, les scores obtenus à cette échelle avant la formation étaient déjà élevés pour l'ensemble des participants. De plus, lors des entretiens téléphoniques, deux participants ont mentionné déjà détenir certaines connaissances en la matière.

Les croyances

La participation à la formation est également associée à une augmentation significative des croyances exemptes de préjugés et favorables à l'égard de la prévention de la violence sexuelle, à l'éducation à la sexualité et à la promotion des relations respectueuses. Selon Cohen (1988), la taille d'effet associée à cette différence peut être qualifiée de grande. Cela se traduit également dans leurs interventions puisque les professionnels ont mentionné parler davantage d'éducation à la sexualité auprès des tout-petits lors de l'entrevue téléphonique. Afin de soutenir leurs interventions auprès des enfants, les participants souhaiteraient que les parents de la communauté bénéficient eux aussi de la formation.

« [...] Parce que s'ils ne les ont pas, on a beau essayer de leur transmettre nos... les outils qu'on a reçus lors de cette formation-là, si eux [les parents] ils n'ont pas les mêmes informations, ça va être difficile. »

« Parce que même si... même si on les [les parents] a vite amenés suivre la formation, c'est que ça soit donné par nous, il faut qu'il y ait quand même quelqu'un comme vous qui puisse approuver que oui c'est vrai et que la formation est importante aussi, pis les sujets de la formation aussi. »

La perception d'autoefficacité quant à l'utilisation des outils

De manière générale, les participants ont révélé au post-test être certains de pouvoir utiliser les outils, notamment à 77 % pour le jeu Masko et à 69 % pour le Cahier-Causerie. Il est à noter que certains d'entre eux n'intervenaient pas directement auprès d'enfants ce qui a pu influencer leur choix de réponse concernant ces items. Durant le groupe de discussion, les participants ont expliqué que les outils présentés étaient intéressants. Ils ont particulièrement apprécié les capsules vidéo, le jeu Masko et le Cahier-Causerie. Deux mois après la formation, bien qu'aucun des participants aux entrevues n'avait encore utilisé le Jeu Masko, ils ont évoqué vouloir l'utiliser prochainement. Concernant les autres outils, ils ont indiqué ne pas les avoir encore utilisés. Ainsi, l'évaluation de l'utilisation des outils n'a pas pu être réalisée après la formation.

La perception d'autoefficacité à appliquer et transmettre des connaissances

Au regard des résultats liés aux questionnaires, les participants se sentent davantage outillés pour répondre aux questions des enfants en matière de sexualité, de leur enseigner des habiletés de protection contre la violence sexuelle et d'utiliser les vraies dénominations pour parler des organes génitaux et de sexualité. De plus, ces derniers se sentent plus aptes à intervenir auprès d'un enfant en cas de suspicion de violence sexuelle et d'encourager les enfants à se confier à un adulte de confiance. Enfin, ils ont également amélioré leur sentiment d'autoefficacité au regard des stéréotypes et de l'égalité entre les genres. Lors des entrevues téléphoniques, les participantes ont mentionné que la formation leur a également permis d'échanger avec leurs collègues sur les situations problématiques qui les ont mis mal à l'aise, ce qui a été très apprécié.

« Durant la formation, je me suis sentie très à l'aise. J'ai aimé partager mes expériences avec d'autres intervenants. C'est important de se retrouver pour partager les expériences de chacun. »

Application des connaissances dans le milieu professionnel

Lors du groupe de discussion, les participants mentionnaient le souhait de partager les savoirs acquis avec leurs collègues qui n'avaient pas pu assister à la formation. D'ailleurs, cinq des 10 personnes interrogées lors des entrevues téléphoniques ont indiqué qu'elles avaient échangé avec leurs collègues sur la notion de relations respectueuses entre les enfants ou encore sur les démarches à suivre en cas de dévoilement d'une situation de violence sexuelle.

« J'ai partagé les connaissances que j'ai eu durant la formation avec des amies qui travaillent [intervenants, services sociaux] elles aussi avec des enfants, mais à [nom d'une communauté]. »

La majorité des participants aux entrevues téléphoniques ont expliqué que l'acquisition de connaissances leur avait permis de se sentir plus à l'aise dans leurs interventions. Ils ont également expliqué que l'utilisation des vrais termes pour définir les parties intimes était devenue une de leur priorité dans leurs interventions. Concernant le processus de dévoilement de violence sexuelle, une personne a mentionné qu'elle avait été confrontée à une situation et qu'elle avait retenu qu'il était important de ne pas biaiser le témoignage de l'enfant et de ce fait, elle s'est sentie plus vigilante dans son intervention.

Application des connaissances dans le milieu familial

Plusieurs participants ont expliqué que les connaissances sur l'éducation à la sexualité, telles que l'existence de plusieurs types d'orientations sexuelles, le développement de l'enfant sur sa sexualité, l'utilisation des vrais termes pour les parties génitales, servaient auprès de leurs enfants et de leurs petits-enfants. Ils utilisent également le livre *Moi au sein de leur famille*, qui leur permet de mettre en lumière les relations respectueuses.

Les effets associés à la participation à la formation Lanterne|Awacic

Le processus de sécurisation culturelle

Les résultats des analyses qualitatives suggèrent que la formation était empreinte de sécurisation culturelle et que l'identité culturelle a été prise en compte dans le programme, ce qui peut faciliter son implantation. La présence d'une formatrice autochtone a été très appréciée, car elle a permis de faciliter les échanges (certaines discussions se sont déroulées en Atikamekw) ainsi que d'instaurer un climat de sécurité culturelle.

« Oui, c'est une bonne idée qu'une Atikamekw fasse partie des formatrices, cela aide à refléter notre identité. »

D'ailleurs, une des personnes ayant participé aux entrevues téléphoniques a expliqué qu'elle devait se remémorer de parler en français pour la compréhension de la formatrice allochtone. Concernant la formatrice allochtone, un des participants aux entrevues téléphoniques a mentionné que l'important n'est pas l'origine de la personne, mais plutôt les valeurs qu'elle prône et la façon dont elle partage son savoir. Ainsi, la présence d'une formatrice allochtone ne semble pas avoir été un biais aux interactions. Le duo de formatrices a donc été fortement apprécié et a permis aux participants de se sentir libres d'utiliser leur langue maternelle. Le respect des valeurs est également un aspect important mis en exergue par les participants tout comme le savoir-être des formatrices.

Concernant les outils, l'utilisation de couleurs propres à la culture autochtone (noir, blanc, jaune et rouge), la langue et la réalité de ceux-ci semblent avoir rejoint la majorité des participants aux questionnaires. Les vidéos réalisées par et pour des Atikamekw ont également été appréciées puisqu'elles étaient réalisées dans la langue maternelle (avec sous-titres en français pour les professionnels allochtones).

« La formation a été adaptée à un milieu autochtone. Quand je reçois de la formation, il faut parfois que je l'adapte de retour en communauté parce que le contenu ne parle pas aux membres s'il n'est pas adapté. »

Durant la formation, les animatrices ont utilisé la chasse comme métaphore pour expliquer l'importance de la prévention. Les participants ont expliqué que leur culture était bien représentée dans la formation puisque les exemples utilisés étaient toujours en lien avec la réalité de leur communauté.

Le contexte d'implantation de la formation

Bien que plusieurs participants aient été surpris de la formation et du sujet abordé, ils indiquent avoir rapidement perçu les bénéfices potentiels de celle-ci sur les plans professionnel et familial. On comprend alors que la formation au Programme Lanterne|Awacic semble avoir été implantée sans informer, au préalable, plusieurs intervenants.

« C'est notre directrice qui nous a demandé de participer [...] Je n'étais pas au courant [...] Ils nous ont quasiment obligées, mais moi ça m'a fait plaisir. »

Les professionnels ont néanmoins eu l'impression que cette formation allait pouvoir les aider dans leurs interventions.

L'appréciation de la formation au programme Lanterne|Awacic

De manière générale, les participants ont beaucoup apprécié la formation. Plus de 80 % d'entre eux ont particulièrement apprécié les outils disponibles et ils recommandent fortement la formation à d'autres personnes.

Dans la section « commentaires sur la formation » des questionnaires, les participants ont indiqué que la formation était très intéressante et facile à suivre et qu'une autre formation permettant de faire un rappel serait très appréciée. La formation des autres membres de la communauté a également été proposée afin que chacun d'entre eux puisse bénéficier des mêmes savoirs.

Discussion

Les objectifs de cette étude étaient de présenter les effets associés à la formation du Programme Lanterne|Awacic en matière de violence sexuelle et de relations respectueuses et de mettre en exergue les barrières et les facilitateurs à l'implantation d'un programme de prévention. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les

connaissances et les croyances se sont améliorées entre le prétest et le post-test (c.-à-d., avant et après la formation) et que les participants à l'évaluation semblent se sentir plus aptes à prévenir et à intervenir dans des situations de violence sexuelle. Ils ont aussi fortement apprécié la formation et les outils proposés. Cependant, l'utilisation des outils n'a pas pu être évaluée puisqu'ils ne semblent pas avoir été utilisés dans les deux mois suivant la formation.

Les facilitateurs d'implantation d'un programme de prévention de la violence sexuelle en milieu autochtone

L'analyse des besoins a été l'un des premiers facilitateurs à l'implantation du programme Programme Lanterne|Awacic dans les communautés. Pendant plusieurs mois, des agents de projet se sont rendus sur place et ont réalisé des cercles de partage afin de recenser les besoins de la population cible. Cette façon de procéder a permis de créer un lien avec l'organisme allochtone. Bien entendu, cet organisme travaille majoritairement sur la prévention des AS, donc le sujet du programme était tout de même annoncé. Toutefois, les rencontres ont permis de mettre en exergue la façon dont les intervenants souhaitaient être accompagnés.

La reconnaissance de l'importance de la prévention apparaît également comme un facilitateur à l'implantation d'un programme. Dans la formation au Programme Lanterne|Awacic, les professionnels semblent avoir pris conscience de la nécessité d'actions préventives. Sans le soutien et l'implication de ces personnes, le programme en tant que tel ne pourrait donc pas s'ancrer sur le long terme. Dans le processus de sécurisation culturelle, il est également essentiel que les communautés soient impliquées dès le départ dans le projet de recherche dans une logique de partenariat, mais également de transparence vis-à-vis de la communauté (Chandna *et al.*, 2019). Au-delà de la création du programme, l'animation de la formation joue également un rôle important. Plus haut, les aspects positifs de la présence des deux animatrices ont été mentionnés. Il semblerait que leur rôle ait eu un impact important sur les effets de la formation tout comme les valeurs qu'elles ont su véhiculer tel que l'ouverture d'esprit, la confiance, l'honnêteté et l'inclusion (Chadna *et al.*, 2019). En ce sens, la sécurisation culturelle est également un facilitateur d'implantation dans un programme de prévention en milieu autochtone.

Dans le cadre de ce projet, une attention particulière a été portée sur les dimensions de ce processus venant respecter les pratiques autochtones. Ce fonctionnement devrait être inhérent à l'implantation de tout projet en milieu autochtone. Cependant, la distance culturelle peut amener un sentiment de frustration et d'incompréhension chez les individus allochtones et autochtones. La marginalisation du savoir autochtone a longtemps été reproduite, notamment au sein des services sociaux et des services de santé (Ramsden, 1993). Les pratiques sécuritaires sont donc importantes afin de travailler en adéquation avec les populations autochtones.

Lors de la formation, deux personnes étaient responsables de l'animation au sein des communautés autochtones. La mixité du duo, une allochtone et une Autochtone, semble avoir été appréciée par la majorité des participants. Dans le processus d'évaluation, il était important de prendre en compte les retombées de ce duo, d'autant plus que la méfiance envers les professionnels allochtones est une réalité, notamment en milieu urbain (DSPCIUSSS-Montréal, 2015; Flynn, 2010) et que la problématique touche un sujet tabou (Morin et Lafortune, 2008). Dans le cadre de ce projet, le transfert de connaissances s'exécute par le biais de la formation. Le succès dans ce processus réside dans la prise en compte de la réalité du terrain. Les relations entre les allochtones et les Autochtones découlent de ce contexte, mais également de la culture dominante et de comment celle-ci s'adapte dans le travail des professionnels allochtones avec des cultures dites minoritaires.

Bien que les résultats de l'évaluation révèlent que le processus de sécurisation culturelle a été respecté en ce qui a trait au contenu et à l'animation de la formation, il est important de souligner que cette étude a été réalisée par des personnes allochtones. De surcroît, c'est un organisme allochtone qui, par le biais des subventions, a choisi d'implanter un programme de prévention auprès de deux communautés atikamekw. Malgré qu'une analyse des besoins ait été réalisée en amont, il reste que la demande originelle du projet provient d'un organisme allochtone.

Ainsi, il apparaît important d'être vigilant quant aux conditions d'implantation d'un programme de prévention dans un milieu autochtone. Au sein du projet, les membres d'une communauté doivent bénéficier du statut d'acteur au même titre que les autres professionnels œuvrant dans le projet.

Les barrières d'implantation d'un programme de prévention en violence sexuelle en milieu autochtone

Comme expliqué plus tôt, pour que l'implantation d'un programme soit optimale, la nation autochtone doit être impliquée dès le début (Chandna *et al.* 2019). Lors de la collecte de données, il semble que plusieurs personnes ont appris le jour même que la formation allait se donner. Bien entendu, plusieurs hypothèses peuvent être posées. Par exemple, il est possible que les personnes aient été informées en amont de la formation, par exemple, quelques semaines avant sa tenue et que les personnes l'aient tout simplement oublié. Ici, l'implication des communautés n'est pas remise en cause, mais c'est la temporalité concernant la transmission des informations qui est questionnée. On peut alors se demander si ce manque de continuité (ou de rappel) dans la communication des informations, tel que supposé, n'a pas eu d'effets sur la formation. Plus simplement, il est possible que l'information ne se soit pas rendue aux participants. Subséquemment, on peut considérer cet élément comme une barrière à l'implantation du programme.

Un autre élément perçu comme une barrière à l'implantation du programme réside dans le tabou lié à la sexualité présent dans les communautés. En effet, ce dernier a pu teinter certains des effets de la formation. Selon les participants, les discussions autour de la sexualité semblent prohibées et mal venues. Ce facteur a pu être une barrière à l'implantation du programme et avoir pour conséquence de produire un manque de connaissances antérieures à la formation sur l'éducation à la sexualité (p. ex., connaissance de son corps, développement psychosexuel) et la santé sexuelle. Par exemple, à plusieurs reprises, les participants ont expliqué que ces croyances concernant la sexualité s'appliquaient également aux autres membres de la communauté et notamment les parents. Dans les valeurs fondamentales de Lafrance et Nichols (2008), les programmes de prévention ne doivent pas se concentrer uniquement sur une partie de la population, mais bien sur l'ensemble afin de favoriser le rétablissement de la santé et du bien-être des communautés. Sans une telle approche, les effets associés à la formation pourraient être fortement diminués. On peut donc alors supposer que pour qu'un changement soit effectif celui-ci doit se réaliser à plusieurs niveaux.

Au début du projet, les parents des communautés devaient également participer à une formation. Toutefois, par manque de temps (c.-à-d., échéance du projet, objectifs non réalisables, rapport à produire pour les bailleurs de fonds) et de financement, il a été décidé de ne pas former les parents. Cette tâche a, semble-t-elle, été déléguée à certains professionnels ayant participé à une formation supplémentaire.³ Toutefois, cela impute une responsabilité importante aux professionnels qui est celle du transfert de connaissances au sein des communautés. Ainsi, il est intéressant de se questionner sur la façon de former les membres des communautés. En effet, la formation donnée s'est déroulée sur le temps d'une journée et a imposé un rythme assez soutenu avec un contenu très condensé. La question d'un rappel de formation n'a pas été prévue, ce qui remet en question le principe de la formation, des effets désirés sur le moyen terme et des réels bénéfiques de la formation comme l'utilisation des outils. De la sorte, les probabilités d'utilisation des connaissances s'amenuisent avec le temps. L'idée de déposer un savoir unique et d'attendre que les communautés reproduisent ce qui leur a été démontré reste tout de même questionnable puisque cela remet en question les principes de sécurisation culturelle (Chandna *et al.*, 2019; Lafrance et Nichols, 2008).

Limites de l'étude

Le faible échantillon n'a pas permis de réaliser des statistiques plus sophistiquées, en raison d'un manque de puissance statistique pour détecter des effets. De plus, il n'a pas été possible d'évaluer l'utilisation des outils puisque la majorité des participants ont rapporté ne pas avoir eu le temps de le faire lors du suivi téléphonique (c.-à-d., deux mois après la formation).

Par ailleurs, selon certains participants, il semblerait que le processus de collecte de données ait été trop imposant (les questionnaires, le groupe de discussion et les entrevues téléphoniques). Ceci est une autre considération à prendre en compte lors de la réalisation d'études, soit la balance entre ce qu'il est nécessaire de collecter comme information, et celle de ne pas surcharger les participants.

Enfin, la difficulté de recueillir la perception réelle des participants à l'égard du programme est une autre limite de cette étude. Certaines personnes ont peut-être été gênées de critiquer plus ouvertement le programme ou de mentionner leurs insatisfactions au regard de la formation. Hot *et al.* (s.d.), dans leur document de pratiques dans le milieu de l'éducation, expliquent que les comportements non verbaux relatent plus souvent leur pensée que leur discours. Le contact visuel, les questions directes et le besoin de combler les silences sont souvent perçus comme des

³ Intitulée personne lanterne : une personne par communauté ayant suivi une demi-journée de formation supplémentaire, qui n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

maladresses pour les populations autochtones. La différence entre les types d'interactions allochtones et autochtones est donc à prendre en compte lors des collectes de données.

Recommandations

Au regard des éléments proposés précédemment, la prévention des AS apparaît essentielle. Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables face à la problématique de la violence sexuelle. L'évaluation des effets des initiatives de prévention offre des éléments importants pour bonifier les pratiques actuelles dans les milieux autochtones. Ainsi, il apparaissait important de proposer des programmes adaptés aux réalités culturelles comme le Programme Lanterne|Awacic. La présente analyse offre des pistes de recommandations quant à l'implantation de programmes similaires.

Avant toute chose, la création d'un réel partenariat avec les communautés autochtones apparaît primordiale. L'analyse des besoins est une étape importante qui doit être réalisée avec toutes les précautions nécessaires (p. ex., se renseigner sur les sujets sensibles, la réalité du milieu et la volonté d'implication des membres des communautés). Le partenariat apparaît comme un contrat tacite dans lequel chaque partie échange sur les rôles et les implications de chacun. On ne peut pas partir du postulat selon lequel chaque communauté souhaite être impliquée de manière similaire et continue dans le projet. Ainsi, afin de clarifier les attentes de chaque partie, la communication semble être la clé dans l'implantation d'un programme.

Dans un autre ordre d'idées, le programme de prévention, pour qu'il perdure, se doit d'être renouvelé dans le milieu. Comme il a pu être vu, une seule journée de formation ne semble pas suffisante pour que les effets soient ancrés dans la temporalité. Il est important de ne pas sous-estimer la capacité des communautés à s'approprier le sujet et à développer de nouvelles initiatives. Toutefois, penser que ces dernières n'ont pas besoin d'un accompagnement plus soutenu après la formation viendrait reproduire des comportements néocolonisateurs. En effet, ce type de formation peut provoquer des changements internes qui doivent être accompagnés et soutenus afin qu'une mutation sociale se réalise.

La violence sexuelle est une problématique très présente au sein des communautés autochtones. Les programmes de prévention en la matière sont d'une importance extrême afin de réduire les risques d'AS. La prévention prend la forme d'une réponse sociale face à un enjeu sociétal. Cependant, la notion de sexualité reste un sujet tabou pour la majorité des Autochtones. Il revient alors au chercheur de réaliser son projet avec beaucoup de précautions et de porter une vigilance particulière aux principes de Chandna *et al.* (2018) et de Lafrance et Nichols (2008) sur les pratiques évaluatives en milieu autochtone. Bien que la Fondation Marie-Vincent ait conçu le Programme Lanterne|Awacic en partenariat, certaines pratiques, sans le vouloir, ont pu avoir un effet colonisateur. L'évaluation révèle des résultats positifs de la formation à très court terme, mais plus mitigés quant à son effet et à l'utilisation des outils à moyen terme au sein des communautés. Un suivi avec les communautés aurait permis de maintenir les effets sur le moyen terme et éventuellement le long terme.

Financement

La recherche évaluative a été financée par Avenir d'enfants et la Fondation Marie-Vincent.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références

- Attard, V. (2021). *Évaluation de la formation au Programme Lanterne|Awacic en matière de prévention de la violence sexuelle en milieu autochtone atikamekw*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi.
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social* (Vol.83). Éditions Mardaga
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Basile, K. C., DeGue, S., Jones, K., Freire, K., Dills, J., Smith, S. G. et Raiford, J. L. (2016). *STOP SV: A technical package to prevent sexual violence*. National center for injury prevention and control. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/SV-Prevention-Technical-Package.pdf>

- Bergeron, A., Boileau, A. et Lévesque, C. (2015). *Nāniawig Māmawe Ninawind. Debout et solidaires. Femmes autochtones disparues ou assassinées au Québec*. Femmes autochtones du Québec. <http://espace.inrs.ca/id/eprint/3580/1/FAQ-Femmesautochtonesdisparues-jan2016.pdf>
- Brown, D. M. (2017). Evaluation of Safer, Smarter Kids: Child sexual abuse prevention curriculum for kindergartners. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(3), 213-222. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0458-0>
- Chandna, K., Vine, M. M., Snelling, S., Harris, R., Smylie, J. et Manson, H. (2019). Principles, approaches, and methods for evaluation in Indigenous contexts: A grey literature scoping review. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 34(1). <https://doi.org/10.3138/cjpe.43050>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, L. et Manion, L. (1980). *Research methods in education*. Cohen Research Methods in Education.
- Collin-Vézina, D., Dion, J. et Trocmé, N. (2009). Sexual abuse in Canadian Aboriginal communities: A broad review of conflicting evidence. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 1(1), 27-47. http://www.pimatisiwin.com/uploads/July_2009/04CollinDionTrocmefinal.pdf
- Conseil canadien de la santé (2012). *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. https://conseilcanadiendelasante.ca/files/Aboriginal_Report_2012_FR_final.pdf
- Dion, J., Collin-Vézina, D. et Lavoie, F. (2018). Les violences sexuelles chez les peuples autochtones. Dans S. Bergheul et M. Fernet (dir.), *Les violences à caractère sexuel : Représentations sociales, accompagnement, prévention* (p.159-181). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv6zd94v.13>
- Dion, J., Hains, J., Ross, A. et Collin-Vézina, D. (2016). Pensionnats autochtones : impact intergénérationnel. *Enfances, Familles, Générations*, (25). <https://doi.org/10.7202/1039497ar>
- Direction de santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-Île-de-Montréal (DSP-CIUSSS-Montréal) (2015). *Un portrait de santé des Autochtones de Montréal*.
- Fast, E. et Collin-Vézina, D. (2019). Historical trauma, race-based trauma, and resilience of indigenous peoples: A literature review. *First Peoples Child & Family Review*, 14(1), 126-136.
- Fenouillet, F. (2011). La place du concept de motivation en formation pour adulte. *Savoirs*, 1(1), 9-46. <https://doi.org/10.3917/savo.025.0009>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. et Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Flynn, C. (2010). *Femmes autochtones en milieu urbain et violence conjugale: étude exploratoire sur l'expérience et les besoins en matière d'aide psychosociale selon des hommes et des femmes autochtones concernés par cette problématique* [mémoire de maîtrise, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/22232>
- Gardner, H. (2004). *Les intelligences multiples : La théorie qui bouleverse nos idées reçues*. Éditions RETZ.
- Gouvernement du Québec (2016). *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer la violence sexuelle*. Gouvernement du Québec. http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Gresham, F. M. (2007). Response to intervention and emotional and behavioral disorders: Best practices in assessment for intervention. *Assessment for Effective Intervention*, 32(4), 214-222. <https://doi.org/10.1177/15345084070320040301>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A. et Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny. *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome 1* (p. 149-204). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph3jb.7>
- Hébert, M. et Daignault, I. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.003>
- Hébert, M., Lafrenaye-Dugas, A. J. et Tremblay-Perreault, A. (2017). *Prévention de l'agression sexuelle. Enjeux identifiés pour l'élaboration de stratégies efficaces auprès d'enfants d'âge préscolaire* [Document inédit]. Fondation Marie-Vincent.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C. et Poitras, M. (2001). Proximate effects of a child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse & Neglect*, 25(4), 505-522. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00223-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00223-X)
- Hot, A., Moldoveanu, M., da Silveira, Y. et Mowatt, M. (s. d.). *Soutenir la réussite des élèves autochtones adultes: Partie 2 - Vers un développement de nos compétences*. Carrefour formation générale aux adultes. http://www.carrefourfga.com/documents/Partie%202_Vers%20un%20developpement%20de%20nos%20competences.pdf

- Kenny, M. C. (2009). Child sexual abuse prevention: Psychoeducational groups for preschoolers and their parents. *Journal for Specialists in Group Work, 34*(1), 24-42. <https://doi.org/10.1080/01933920802600824>
- Kirby, D. (2001). Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy (summary). *American Journal of Health Education, 32*(6), 348-355. <https://doi.org/10.1080/19325037.2001.10603497>
- LaFrance, J. et Nichols, R. (2008). Reframing evaluation: Defining an Indigenous evaluation framework. *Canadian Journal of Program Evaluation / Revue canadienne d'évaluation de programme, 23*(2), 13-31. <https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/23-2-013.pdf>
- Manseau, H., Blais, M. et Turcotte, M. (2005). L'importance d'une approche qualitative pour faire voir et prévoir les difficultés d'implantation d'un programme de prévention : L'expérience de formation en Centre Jeunesse, entraînement à l'amour propre. *Revue de psychoéducation, 31*(1), 41-56.
- McConaughy, S. H. et Ritter, D. R. (2014). Best practices in multimethod assessment of emotional and behavioral disorders. Dans P. Harrison et A. Thomas (dir.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (p. 367-390). National Association of School Psychologists.
- Miles, M., et Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Sage.
- Minore, R., et Hofner, M. C. (2014). *Conditions d'implantation dans le canton de Vaud d'un programme de prévention des violences et des comportements abusifs auprès des jeunes. L'exemple de Sortir Ensemble Et Se Respecter*. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. http://fcho.ch/sites/default/files/Rapport_interim%C3%A9diaire_19_11_2014.pdf
- Morency, J. et Kistabish, R. (2001). Intervention en milieu autochtone: comprendre le passé pour mieux agir aujourd'hui. *Psychologie Québec, 18*(4), 14-18.
- Morin, E. et Lafortune, D. (2008). L'agression sexuelle à l'égard des mineurs en territoires nordiques: perceptions des intervenants. *Canadian Journal of Community Mental Health, 27*(1), 93-110. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2008-0007>
- Muckle, F. et Dion, J. (2008). Les facteurs de résilience et de guérison chez les autochtones victimes d'agression sexuelle. *Revue québécoise de psychologie, 29*(3), 59-72.
- Organisation mondiale de la santé (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/
- Paine, M. L. et Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 271-295. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00091-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00091-5)
- Picard, P. (2004). L'intervention au sein des Premières Nations : La nécessité d'une approche intégrée. Dans *Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone* [GRIMPA]. 4^e colloque de l'association québécoise Plaidoyer-Victimes. https://aqpv.ca/wp-content/uploads/2004_m16.pdf
- Ramsden, I. (1993). Cultural safety in nursing education in Aotearoa. *Nursing Praxis in New Zealand, 8*(3), 4-10.
- Ross, A., Dion, J., Gravel, M., Cyr, M. et Maltais, M-E. (2016). Les conséquences associées à la fréquentation des pensionnats autochtones: Mieux comprendre pour mieux orienter la recherche et l'intervention. Dans C. Giraudeau (dir.), *Éléments pour une psychologie de la maltraitance* (p. 81-106). Publibook.
- Sarno, J. A. et Wurtele, S. K. (1997). Effects of a personal safety program on preschoolers' knowledge, skills, and perceptions of child sexual abuse. *Child Maltreatment, 2*(1), 35-45. <https://doi.org/10.1177/1077559597002001004>
- Shapiro, E. S. et Kratochwill, T. R. (2000) Introduction: Conducting a multidimensional behavioral assessment. Dans E. S. Shapiro et T. R. Kratochwill (dir.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior* (p. 1-20). Guilford Press.
- Statuts du Canada. (1876, 12 avril). *Chapitre 18 - Acte pour amender et refondre les lois concernant les Sauvages*. p. 45-77. <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010252/1100100010254>
- Tourigny, M. et Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants- Tome 1* (p. 7-42). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph3jb.4>
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M. et 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. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>

Virtues, Resilience, and Well-Being of Indigenous Youth in Peru

Abigail R. L. BULLOCK¹, B. Cameron STUMPF¹, and Kelly B. T. CHANG¹

¹ Department of Psychology, George Fox University, Oregon

Corresponding Author: Kelly B.T. Chang, Ph.D., George Fox University, 414 North Meridian #6127, Newberg, OR 97132.
Email: kchang@georgefox.edu.

Abstract

Objectives: The objective of this study was to observe the relation of Values In Action (VIA) virtues, well-being, and resilience within a unique, non-Western population of Indigenous youth in the Peruvian Amazon.

Methods: Data were collected from students ($n = 172$, age range: 11-16 years) attending a rural village school via self-report surveys to assess relationships using the VIA Youth-96 (VIA-Y-96) Assessment, Personal Wellbeing Index (PWI-A), and the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28).

Results: The factor analysis of the CYRM-28 yielded a 3-factor breakdown (Social Engagement, Cultural Citizenship, and Guidance) instead of eight. Different VIA virtues predicted each of the three factors of the revised 3-factor CYRM-21-Peru model (CYRM-21-P); Transcendence, Humanity, and Wisdom were predictors of well-being; and higher reported resilience leads to higher well-being. Most participants scored very high on the PWI-A.

Implications: Research presented in this paper involved a unique population of Indigenous youth residing in the Peruvian Amazon, and found that (a) VIA virtues were differentially associated with well-being, (b) Humanity was a significant predictor across Cultural Citizenship and Social Engagement in the revised CYRM-21-P, and (c) higher resilience was correlated with higher well-being. Implications of this research can be used to inspire future research of Indigenous populations in a Latin American context to develop youth development programs that teach students from a strength-based perspective to improve vocational, academic, psychological, and social well-being.

Keywords: Peru; Indigenous; Youth; Values In Action virtues; Child and Youth Resilience Measure.

Introduction

Positive psychology, pioneered by Martin Seligman (2002), has been a growing field for research and literature that encourages areas which contribute to living the “good life,” such as well-being, happiness, life satisfaction, and virtues (McGrath, 2015a; Proctor et al., 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). The field of positive psychology has seen a surge of research around its central areas of focus, including strengths of character and well-being (Park et al., 2004; Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). However, much of this research is understood from a Western perspective, and there is a need for cross-cultural research and validated psychological tools for use in non-Western countries, like Peru (McGrath, 2015a; Park & Peterson, 2006; Perera et al., 2016; Proctor et al., 2011; Webb, 2014).

Peru is a South American country best known for its tourism. However, it is also rich in culture and traditions, with several Indigenous tribes scattered throughout the Amazon and surrounding regions. Although there is a growing interest in cross-cultural research of Indigenous populations in Australia and Canada, there remains a lack of research regarding Indigenous youth in Latin America. Our study examined Values In Action (VIA) virtues, resilience, and well-being in a Latin American population, specifically incorporating data from Indigenous populations in the Peruvian Amazon. We investigated the relationships between these constructs and examined the factor structure of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28; Ungar & Liebenberg, 2011).

For any research on this population, it is important to consider the dominant value system in Latino culture. Perera and colleagues (2016) outlined some of the values paramount to Latin American culture to be: *familismo* – focusing on a cohesive family concerned with “values of family loyalty, collectivism, and cooperation with others over competition” (p. 242); *respeto* – fulfilling the role within the community; *personalismo* – the importance of relationships with others; *fatalismo* or *destino* – the belief that problems cannot be changed and are destined through the will of God; and lastly, *poner de su parte* (do their part) – signifying acts of service. The Latin American values of *familismo* and *respeto* align with traditional gender roles in a culture based on *machismo* (male dominance) predominant in traditional Latino families (Heaton & Forste, 2008). Another common traditional gender role is *marianismo*, which is the expectation that females will endure suffering through self-sacrifice for their family (Stevens, 1973). This negatively impacts women’s health and children’s overall well-being (Heaton & Forste, 2008).

Indigenous Peoples in Peru

As of 2015, there were about 42 million Indigenous people in Latin America, making up 8% of the world’s population (World Bank, 2015). Along with Mexico, Bolivia, Guatemala, and Ecuador, Peru has the highest proportion (27%) of Indigenous people in Latin America (Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD], 2019; Pasquier-Doumer & Brandon, 2015). Additionally, Peru has one of the highest discrepancies between urban and rural populations for life evaluation and positive affect, with rural populations reporting lower levels (Helliwell et al., 2020). These conditions contribute to an economic phenomenon known as the *poverty trap*, which is characterized by the cyclical conditions of poverty, hindering the full development and well-being of Indigenous children and communities as a whole (Johnston, 2006; OECD, 2019). To work towards the empowerment of Indigenous youth and their surrounding communities, OECD (2019) states that positive development work must be prioritized to improve the well-being of rural Indigenous youth in Peru.

Challenges to Development

Indigenous youth populations face many challenges that negatively impact their optimal development and well-being (Jaffee et al., 2007; Perera et al., 2016; Steele, 2018; Suarez, 2013). To address the gap of research between Western and Indigenous populations, Perera et al. (2016) suggested that research must begin by understanding the challenges that Latin Americans face in their psychological development. Approximately 40% of Peru’s youth population is considered highly vulnerable and faces challenges including social exclusion, low socioeconomic status, traditional gender roles, and higher rates of leaving the education system (OECD, 2019; Perera et al., 2016). For example, only 10% of Indigenous youth pursue academia beyond secondary education (OECD, 2019; Pasquier-Doumer & Brandon, 2015). Latino youth exhibit emotional resilience despite considerable adversity but still engage in risky behaviors that delay positive development and well-being (Perera et al., 2016). To combat many of the challenges towards attaining their full development, OECD (2019) advised for development programs to create more inclusive environments and improve the education of Indigenous Peruvian youth.

VIA Virtues

In positive psychology, there are three elements of positive functioning: positive character, positive experiences, and positive communities and institutions (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Positive character ultimately is influenced by the development of virtues and character strengths, which is the foundation for the VIA Classification of Strengths Assessment (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). The VIA Assessment was developed to identify important positive traits of an individual and has been used in a wide variety of research, primarily as a predictor of well-being and life satisfaction, and has a growing number of translations for use in cross-cultural research (McGrath, 2015a, 2015b; Park & Peterson, 2006; Park et al., 2004). *Character* refers to the set of positive traits that are crucial for the “good life,” *virtues* are defined as core characteristics established by moral philosophers and *character strengths* are the psychological processes or mechanisms that define those virtues (Park & Peterson, 2006; Seligman et al., 2004).

The six key virtues were chosen from ancient Asian, Greek, Christian, and Muslim philosophical and theological texts on the nature of virtue (McGrath, 2015a; Park et al., 2004). The designation of a “master” virtue has historically been debated, however, there is no consensus concerning which virtue is the most important in a fulfilling life (Park et al., 2004). The VIA Assessment is organized into six broad virtues – Wisdom, Courage, Humanity, Justice, Temperance, and Transcendence – each comprised of three to five individual character strengths (see Table 1; McGrath, 2015b; Park & Peterson, 2006; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman et al., 2004).

Park et al. (2004) believed the VIA classification system was a universal construct and confirmed it across 50 cultures with similar structures. A decade later, McGrath (2015a) extended and updated the original research and found convergence across all 50 states in the United States, in addition to 54 other nations, for a total of 75 nations finding substantial similarity. In their multinational study, Peru ($n = 171$) reported participant’s top strengths under the virtues of Wisdom (which were curiosity, judgment, and creativity), Justice (fairness), and Humanity (love).

Table 1. Six VIA Virtues and Their Related Character Strengths

Humanity	Wisdom	Courage	Justice	Temperance	Transcendence
Love	Creativity	Bravery	Fairness	Forgiveness	Gratitude
Kindness	Curiosity	Honesty	Leadership	Humility	Hope
Social Intelligence	Love of Learning	Perseverance	Teamwork	Prudence	Appreciation of Beauty and Excellence
	Judgment	Zest		Self-Regulation	Humor
	Perspective				Spirituality

Note. This table is adapted from Park and Peterson (2006).

Resilience

The concept of resilience has yet to be standardized by any one definition. Most commonly, the term *resilience* refers to an individual's ability to overcome adversity and continue their normal development (Ungar, 2008). Resilience is a bidirectional and multidimensional construct where individuals competently engage with issues, which are composed of complex sociocultural factors and threaten their well-being. Positive functioning in posttraumatic growth signifies resilience and almost always exists in the presence of adversity, though existing research on resilience remains limited in non-Western cultures (Ungar, 2008).

Previous research attributes the need for resilience in Indigenous populations to their colonial history (Steele, 2018), maltreatment within the family or community (Jaffee et al., 2007), land-based traumas (Drawson et al., 2016), or war trauma (Suarez, 2013). Perera et al. (2016) found that having a strong sense of ethnic identity contributes to individual resilience among Latin Americans, which is crucial for Indigenous populations because it functions as a protective factor against discrimination, oppression, and marginalization. Additionally, place-based identities are central to identity development, living the “good life”, and are critical to the survival and well-being of Indigenous peoples in Peru (Steele, 2018). Other research shows that *familismo* functions as one of the top contributors to resilience amongst Latin Americans (Perera et al., 2016). It is crucial to evaluate the relationship between ethnic identity factors and the well-being of Indigenous youth.

Well-Being

Character strengths are an essential component and unique predictor of subjective well-being (SWB; Azañedo et al., 2014; Castro Solano & Cosentino, 2016; Proctor et al., 2011). SWB encompasses happiness, emphasizing higher

positive emotions, lower negative emotions, and life satisfaction (Proctor et al., 2011). Seligman expanded this concept with his theory of well-being known as PERMA, stating that human strengths help establish Positive Emotions, Engagement, Relationships, Meaning, and Achievement (Seligman, 2011). In fact, being aware of your top strengths can increase life satisfaction and well-being (Castro Solano & Cosentino, 2016). Knowing and using strengths has also been found to increase SWB, and increased SWB improves mental and physical health (Proctor et al., 2011). For unique populations such as Indigenous youth in Peru, it may be helpful to consider SWB in a quality of life framework that considers satisfaction with important well-being factors such as health and security, not just general satisfaction (International Wellbeing Group, 2013).

Well-being is impacted by significant events (Proctor et al., 2011), which may include trauma, illness, or psychological disorders. People who experience traumatic events report higher scores on their character strengths (Peterson et al., 2008). This is a crucial consideration in this body of work due to the significant challenges that Indigenous youth face. There is a need to include under-studied populations like Indigenous youth, while focusing on their values, strengths, and resilience, to inform successful youth development interventions.

How Virtues Contribute to Resilience and Well-Being

In their assessment of resilience and virtues, Seligman et al. (2004) stated that “strengths and virtues determine how an individual copes with adversity” (p. 65). Personality strengths and virtues are buffers against life stressors and challenges and may create resilient outcomes (Proctor et al., 2011). Resilience is also related to positive well-being indicators (Sanders et al., 2015; Steele, 2018). Peterson et al. (2008) reported an association between the development of character strengths and growth after traumatic events. All virtues were positively correlated with post-traumatic growth, especially the virtue of Transcendence. In European university students, research found that the character strengths of hope, zest, and bravery were the most significant predictors of resilience (Martínez-Martí & Ruch, 2017). Not only are these results consistent across research on virtues and resilience, but they are also consistent across research in well-being, noting that emotional strengths are the most significant predictors of both resilience and well-being.

Previous studies found that individual character strengths correlate with indices of well-being, but due to a wide variety of operationalizations, it is challenging to make comparisons across strengths (Park et al., 2004). Significant research has explored the relationship between character strengths and the cognitive component of SWB: life satisfaction (Azañedo et al., 2014; Castro Solano & Cosentino, 2016; Park et al., 2004; Peterson et al., 2008; Proctor et al., 2011). Life satisfaction is defined as one’s feelings and attitudes about his or her life, which can be positive or negative at any given point (Proctor et al., 2011). It is generally associated with character strengths and thought to be psychologically fulfilling (Park et al., 2004). Much of the existing research consistently concludes that hope, zest, gratitude, love, and curiosity are significantly related to life satisfaction, with hope and zest as the most significant positive predictors of higher levels of life satisfaction (Azañedo et al., 2014; Park et al., 2004; Proctor et al., 2011). These five character strengths are commonly referred to as the “strengths of the heart” in correspondence to their influence across cultures and their significant relationship with life satisfaction (Park et al., 2004). Hope, zest, and curiosity refer to a life of engagement, whereas love and gratitude signify a life of meaning (eudaimonia; Castro Solano, 2014; Proctor et al., 2011).

Current Study

With a growing body of research focusing on the examination of character strengths and interrelationships with various facets of life (personal, environmental, and situational), including an examination of the CYRM-28 will further explore these interrelationships with resilience (Proctor et al., 2011). The current study investigates the relationship between virtues, resilience, and well-being for a sample of Indigenous youth in the Peruvian Amazon. Based on the research reviewed, socioeconomic status, cultural values, and Indigenous challenges could contribute to unique patterns in the relationships among these variables. Based on the literature about general Latin American values and the resilience needs of Indigenous people, we expected that cultural and community contexts would be essential aspects of resilience. Additionally, the virtues of Justice, Humanity, and Temperance would especially contribute to these aspects of resilience as they overlap with the value of community, *personalismo*, or *poner de su parte* (Perera et al., 2016).

Method

Participants

Participants were students attending a rural village high school, reached by boat in the Amazon forest, in the Loreto region of Peru. The questionnaire items were reviewed and approved by the principal and a teacher. Participants completed self-report paper surveys in their classrooms. The sample included 172 primary and secondary students (83 boys, 86 girls, and 3 undisclosed). Participants ranged in age from 11 to 16 years ($M = 14.06$, $SD = 1.51$). They described themselves as part of an Indigenous ethnic group (66%), not part of an Indigenous ethnic group (6.5%), or unsure whether they were a part of an Indigenous ethnic group (22.5%). Most participants reported that they practice a religion (80%).

Originally, this research had George Fox University IRB approval to be conducted in Nicaragua, but due to unforeseen events research was abruptly adapted to populations in Peru. The methods and measures prepared for Nicaragua remained the same for this research and changes to the population studied were reported to the IRB. Additional consent was also obtained from the school principal, each teacher, as well as each student.

Materials

Virtues. The 96-question *VIA Inventory of Strengths for Youth* (VIA-Y-96; Park & Peterson, 2006) organizes 24 character strengths under six virtue categories (see Table 1). This assessment has been validated in Spanish populations to identify an individual's top character strengths and virtues (Azañedo et al., 2014). Participants respond to items on a rating scale from 1 (*not like me at all*) to 5 (*very much like me*). An example item is, "I find the world a very interesting place." Reliability for the six virtues was adequate in this sample ($\alpha = .66-.87$, $\omega = .68-.87$).

Resilience. The 28-item *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28; Ungar & Liebenberg, 2011) is a self-report measure of resilience. Items assess how much the respondent feels certain important factors (individual, relational, and contextual) are present in their life. Participants responded to items on a rating scale ranging from 1 (*not at all*) to 5 (*a lot*). The CYRM-28 was validated using a sample of Canadian youth who were identified as using concurrent social services (Liebenberg et al., 2012). The CYRM-28 originally consisted of eight factors, but we identified an alternate factor structure in the current study (discussed in the Results section). Reliability in this sample was adequate, ($\alpha = .59-.83$, $\omega = .62-.84$).

Well-Being. The *Personal Wellbeing Index*, adult version (PWI-A; International Wellbeing Group, 2013; Lau et al., 2005) assesses seven domains of life deemed important for well-being: health, living standard, achievements, safety, group membership, future security, and relationships. The PWI-A version in Spanish is suggested for use with ages 12+ (F. Casas, personal communication, October 5, 2014), and has been validated in Chile with adolescents 14 to 16 years old (Alfaro, et al., 2014). Sarriera and colleagues (2014) recommended that satisfaction with spirituality be added to the original seven items for this study since it is considered an important factor for neighboring South American populations. Participants responded to items on a rating scale from 0 (*completely dissatisfied*) to 10 (*completely satisfied*). Reliability in this sample was adequate ($\alpha = .75$, $\omega = .75$).

Results

Analyses were completed in Jeffrey's Amazing Statistics Program (JASP; JASP Team, 2020). Descriptive statistics were run on all variables and scale reliability coefficients were estimated (see Table 2). Rates of missing data and distributional information for all variables are available in the online supplemental materials (<https://osf.io/psrfk/>). Appropriateness of factor analysis was indicated by the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure, $KMO = .77$, and Bartlett's Test of Sphericity, $\chi^2(378) = 1,064$, $p < .001$. No gender differences were observed in the variables except for Guidance, $t(167) = 2.14$, $p = .034$, $d = 0.33$, 95% CI = [0.03, 0.63]. Females had higher scores ($M = 3.83$, $SD = 0.62$) than males ($M = 3.62$, $SD = 0.66$).

Table 2. Descriptive Statistics for PWI-A, VIA-Y-96, and CYRM-21-P Scores

Scale	M	SD	Range	Reliability (α/ω)
PWI-A	7.77	1.70	0.38–10.00	.75/.75
VIA-Y-96				
Wisdom	3.43	0.60	1.95–4.90	.87/.87
Courage	3.46	0.54	2.19–4.69	.81/.82
Humanity	3.54	0.63	1.92–4.75	.77/.78
Transcendence	3.59	0.52	2.40–4.75	.81/.82
Justice	3.37	0.63	1.92–4.92	.79/.80
Temperance	3.35	0.47	2.06–4.44	.70/.68
CYRM-21-P	3.53	0.45	2.30–4.49	.83/.84
Cultural Citizenship	3.81	0.54	2.11–5.00	.71/.72
Social Engagement	3.29	0.62	1.60–4.86	.64/.66
Guidance	3.72	0.64	1.60–5.00	.59/.62

Note. CYRM factors shown are from the 21-Item-Peru scale shown in Table 4.

Virtues and Well-Being

A stepwise linear regression was conducted predicting PWI-A mean scores from the six VIA-Y-96 virtues (see Table 3). The final model was significant, $R^2 = .19$, $F(3, 167) = 12.89$, $p < .001$. Transcendence was the strongest predictor of PWI-A mean scores ($\beta = .35$, $p = .002$), followed by Humanity ($\beta = .32$, $p = .003$), and Wisdom ($\beta = -.24$, $p = .044$). Courage, Justice, and Temperance were not included in the regression.

Table 3. Stepwise Regression Predicting Well-Being from VIA Virtues

Variables	B	95% CI for B		SE B	β	R^2	ΔR^2
		LL	UL				
Step 1						.00	.00
Constant	7.77**	7.51	8.02	0.13			
Step 2						.14**	.14**
Constant	3.36**	1.69	5.03	0.85	.38***		
Transcendence	1.23**	0.77	1.69	0.23			
Step 3						.17***	.03*
Constant	2.95**	1.27	4.64	0.85			
Transcendence	0.75*	0.14	1.36	0.31	.23*		
Humanity	0.60*	0.09	1.11	0.26	.21*		
Step 4						.19***	.02*
Constant	2.98**	1.31	4.65	0.85			
Transcendence	1.15**	0.43	1.87	0.36	.35**		
Humanity	0.86**	0.30	1.42	0.28	.32**		
Wisdom	-0.69*	-1.37	-0.02	0.34	-.24*		

Note. CI = confidence interval; LL = lower limit; UL = upper limit. The following covariates were considered but not included: Courage, Justice, and Temperance. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Factor Analyses for the CYRM-28

The factor structure of the CYRM-28 was examined using structural equation modeling (see Table 4). Model loadings, covariance/residual matrices, and modification indices are available in the online supplemental materials. Fit for each model was tested on the same data set due to sample size limitations. The confirmatory factor analysis (CFA) did not confirm the 8-factor (Model A) or 4-factor (Models B and C) models. Items 7, 13, 14, 15, 16, 19, and 22 were removed and the structure was reduced to three factors. CFA confirmed the adequacy of this final model (Model D). After an examination of the items loading onto each factor, the factors were named *Cultural Citizenship*, *Social Engagement*, and *Guidance* (see Table 5). This revised factor model was named CYRM-21-Peru (CYRM-21-P).

Table 4. Results of the CFA of the Child and Youth Resilience Measure

Model ^a	χ^2	df	CFI	TLI	BIC	ECVI	RMSEA	95% CI	
								LL	UL
A: 8-Factor ^b	501.17***	322	0.76	0.72	13629.79	3.89	0.057	0.047	0.066
B: 4-Factor ^b	484.59***	344	0.82	0.80	13499.97	3.54	0.049	0.038	0.059
C: 4-Factor ^c	290.12**	224	0.89	0.87	11138.63	2.29	0.041	0.026	0.054
D: 3-Factor ^d	225.53*	186	0.93	0.92	9992.80	1.83	0.035	0.013	0.050

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. CFI = comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis Index; BIC = Bayesian information criterion; ECVI = expected cross-validation index; RMSEA = root mean square error of approximation.

^aSee online supplemental materials for model specification details.

^bThese models used the 28-item pool.

^cThis model used the 23-item pool.

^dThis model used the 21-item pool.

Table 5. Factor Loadings for the Child and Youth Resilience Measure, 21-Item-Peru (CYRM-21-P)

CYRM Factors/Items	Factor Loading		
	1	2	3
Cultural Citizenship			
4. I know how to behave in different social situations.	.46		
10. I am proud of my ethnic background.	.42		
17. My family stands by me during difficult times.	.37		
20. I have opportunities to show others that I am becoming an adult and can act responsibly.	.50		
21. I am aware of my own strengths.	.53		
24. I feel safe when I am with my family/caregiver(s).	.59		
25. I have opportunities to develop skills that will be useful later in life (like job skills and skills to care for others).	.38		
27. I enjoy my community's traditions.	.43		
28. I am proud to be a citizen of Peru.	.37		
Social Engagement			
1. I have people I look up to.		.39	
2. I cooperate with people around me.		.60	
11. People think that I am fun to be with.		.54	
12. I talk to my family/caregiver(s) about how I feel.		.65	
18. My friends stand by me during difficult times.		.34	
23. I think it is important to serve my community.		.32	
26. I enjoy my family's/caregiver's cultural and family traditions.		.61	
Guidance			
3. Getting an education is important to me.			.42
5. My parent(s)/caregiver(s) watch me closely.			.62
6. My parent(s)/caregivers(s) know a lot about me.			.65
8. I try to finish what I start.			.39
9. Spiritual beliefs are a source of strength for me.			.41

Notes. $n = 172$. Loadings correspond to those from Model D (see Table 4).

Resilience and Well-Being

Pearson correlation coefficients were estimated between PWI-A mean scores and the three CYRM-21-P factors. PWI-A mean scores correlated most strongly with Social Engagement, $r(170) = .40$, $p < .001$, 95% CI = [.27, .52], followed by Cultural Citizenship, $r(170) = .37$, $p < .001$, 95% CI = [.24, .50], and Guidance, $r(170) = .36$, $p < .001$, 95% CI = [.23, .49]. These results suggest that individuals with higher resilience, across all three revised factors, tend to have higher well-being. Though only correlational, this supports the validity of the revised CYRM-21-P factor structure for use in Peru.

Resilience and Virtues

Three stepwise regressions were conducted, each predicting one of the CYRM-21-P factors using the VIA-Y-96 virtues. Residuals were homoscedastic and normally distributed. The final model of the regression predicting the Cultural Citizenship factor was significant, $R^2 = .17$, $F(1, 169) = 35.23$, $p < .001$. The only significant predictor was Humanity ($\beta = .42$, $p < .001$). The final model of the regression predicting the Social Engagement factor was significant, $R^2 = .31$, $F(2, 168) = 37.05$, $p < .001$. Humanity ($\beta = .35$, $p < .001$) and Justice ($\beta = .26$, $p = .002$) were significant predictors. The final model of the regression predicting the Guidance factor was significant, $R^2 = .24$, $F(2, 168) = 25.83$, $p < .001$. Transcendence ($\beta = .30$, $p < .001$) and Temperance ($\beta = .24$, $p = .007$) were significant predictors.

Discussion

The present study reports on the interrelationships between VIA-Y-96 virtues, the CYRM-21-P, and the PWI-A within a unique population of Indigenous youth in the Peruvian Amazon. Results suggest that Transcendence, Humanity, and Wisdom were associated with well-being and that resilience is positively related to well-being. The new CYRM-21-P factors predict well-being, which supports the construct validity of the new factor structure found. Different VIA virtues predicted each of the three factors of the revised 3-factor CYRM-21-P model. PWI-A scores were heavily negatively skewed, and the Humanity, Cultural Citizenship, and Guidance scores displayed moderate negative skew. This shows that our participants tended to score higher on these measures and that these variables violated some statistical assumptions. It also suggests that additional research regarding the PWI-A and its relevance in Peru may be necessary.

When testing for gender, baseline results showed non-significant differences amongst virtues, resilience, or well-being, except for the CFA factor of Guidance. This is inconsistent with previous research on Latin American women showing lower well-being related to challenges they face living in areas where traditional gender roles are heavily enforced (Heaton & Forste, 2008; Stevens, 1973). This suggests that there may be differences in the value systems between Latin American traditional gender norms (i.e., *machismo* and *marianismo*) and the value systems of the Indigenous youth in this study.

Seven items were removed from the CYRM-28 to derive an appropriate factor structure from the data. The final model included three factors instead of the 6- or 8-factor models of resilience supported by existing research in other cultures (Liebenberg et al., 2012; Martínez-Martí, & Ruch, 2017; McGrath, 2014). The CYRM-28 factor structure in the original research broke down into three subscales: individual factors, caregiving, and contextual components (Liebenberg et al., 2012). Research on Indigenous peoples in the Latin American region found that ethnic membership and ethnic identity contributed to their citizenship and sense of belonging (Webb, 2014). This interplay between ethnic and civil constructs of belonging suggests that Indigenous youth in Latin American contexts may place a stronger emphasis on values that foster community. This may explain why the factors of Social Engagement, Cultural Citizenship, and Guidance emerged, rather than a factor of individual traits.

Within these three factors, the remaining 21 items of the CYRM-28 were unusually dispersed. For example, the item *"I feel safe when I am with my family/caregiver(s)"* was loaded into Cultural Citizenship, but *"My parent(s)/caregiver(s) watch me closely"* was allocated to Guidance. The importance of *familismo* within the Latin American context (Perera et al., 2016), along with the strong community-based lifestyle of these tribes, may help explain why family items are relevant to all three factors. Linguistic equivalence may point towards another explanation. Participants may have a different conception of resilience compared to other cultures, or linguistic differences had the potential to be misinterpreted (e.g. "caregiver" could have expanded questions about parents beyond the nuclear family, or "personal relationships" could mean romantic relationships; Liebenberg et al., 2012). Other explanations include the cultural understanding of what is an individual role compared to a communal role (e.g. guardianship/caregiving/parental roles). The tribes included in this sample may see caregiving as a fluid responsibility, spread among community members, rather than within each set of parents. Research on collectivism also indicates that the sense of identity in these cultures may focus more on social and collective attributes than in individualistic cultures (Kanagawa et al., 2001). This may help to explain the lack of a clear distinct factor for individual characteristics.

The VIA virtues are associated differently across the new factor model. Humanity was the most significant virtue that predicted Cultural Citizenship; Humanity and Justice were significant predictors of Social Engagement, and Transcendence, and Temperance were significant predictors of Guidance. Park et al. (2004) suggested that intellectual strengths like love of learning and judgment have weak associations with life satisfaction. Consistent with Park et al.'s

findings (2004), this study found Wisdom negatively correlated with well-being. Wisdom may be negatively associated with well-being in this sample due to a lack of emphasis on intellectual strengths, or perhaps a lack of opportunity to exercise them.

The PWI-A mean scores correlated with all three factors, but was strongest with Social Engagement, consistent with existing research about the social structures and value of community in Latin American youth (Heaton & Forste, 2008; Pasquier-Doumer, & Brandon, 2015; Perera et al., 2016). According to Perera et al. (2016), the values of people in Latin American contexts tend to place their role within the community and family as the priority. The values of *familismo*, *respeto*, *personalismo*, and *poner de su parte* may be heightened in the Indigenous community and their duty to the communal job role. Indigenous people in the Loreto region of Peru utilize their traditional songs and dances to generate an income (\$4.78 billion; Ministry of Foreign Trade and Tourism of Peru, 2019) within the tourist industry. The role of heritage tourism (Herrera, 2013) as the source of income for the Indigenous community may inhibit the educational goals of youth while also contributing to their sense of cultural citizenship. Discrimination and social inequality experienced by the Indigenous community in Peru is detrimental to their sense of belonging and identity outside of their community (Pasquier-Doumer, & Brandon, 2015).

Limitations

Several limitations to this study are consistent with limitations across pre-existing research and literature reviews. Historically, the most prominent limitation when gathering data from Indigenous populations in Latin America, specifically within Peru, has been small sample sizes (Castro Solano, 2014; Drawson et al., 2016; McGrath, 2015a; Park & Peterson, 2006; Park et al., 2004; Perera et al., 2016; Proctor et al., 2011; Seligman et al., 2004; Webb, 2014). Small sample sizes limit the generalizability of research findings beyond the group studied (McGrath, 2015a). Further, our use of the same data set for multiple CFA models increases the risk of overfitting.

Although the measures used in this study have impressive international roots, they have been primarily validated in Western populations (Liebenberg et al., 2012; McGrath, 2015a; Proctor et al., 2011), creating an additional limitation for studies that focus on unique Indigenous populations. There is a need for cross-ethnic research to adapt Western-validated tools to different cultures and ethnicities. A primary example of this is the linguistic equivalence of Spanish measures for Indigenous youth in Peru which may point to a lack of clarity in cultural differences in linguistics. More research will be needed to determine the factors contributing to the central differences in factor structure between the CYRM-28 in Canada (Liebenberg et al., 2012) and the CYRM-21-P used with these youth.

McGrath (2015a) notes that most existing cross-cultural exploration of the VIA-Y-96 included individuals who are relatively well-educated, interested in the research presented, and from economically stable households. Previous studies required internet access, attracted individuals who had an interest in their strengths, as well as those who had a college education. Access to college education is lacking in the majority of the population, and likely does not include rural areas (McGrath, 2015a). Extreme resource deficiencies represent a significant limitation and explanation for the lack of research on Indigenous populations. Another limitation to understanding the cultural implications of this research is that we do not identify as being part of the Indigenous community. Subsequently, our results have been interpreted through a non-Indigenous lens which may limit our understanding of deeper implications for Indigenous youth in Peru.

Implications

Further study into the interrelationships between VIA virtues, resilience, and well-being has a multitude of possibilities, as existing research is lacking within Latin American Indigenous populations. This study can be used as supplementary material in conjunction with other research to help work towards improving the overall well-being and resilience of Indigenous youth by supporting their strengths and virtues. Future directions need to consider the unique value system that has been examined in existing literature (Perera et al., 2016) as well as variations in general Latin American values and those of Indigenous tribes.

The VIA character strengths system has been used to create youth development programs to help optimize their development (Park & Peterson, 2006; Seligman, 2011). These programs have been implemented in school-based systems to foster well-being with specific goals that target the development of certain strengths (Park et al., 2004). These types of programs would be beneficial to Indigenous Peruvian youth, providing them with the materials and skills to foster positive well-being, while combatting discrimination and racial inequalities. Sanders et al. (2015) expresses the need for positive youth development practices to increase resilience and well-being outcomes of all

youth. Other strengths-based interventions include strengths-focused exercises such as counting blessings, gratitude activities, or acts of kindness. These positive psychology interventions work towards improving positive affect and increasing well-being and life satisfaction (Peterson & Seligman, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Such strengths interventions have been shown to increase happiness and decrease depressive symptoms for up to six months (Seligman et al., 2005, as cited by Proctor et al., 2011). The Happy Classrooms Program [*Aulas Felices*] is an example of an intervention developed in Spain for implementation in schools focusing on character strengths and mindfulness (Alzina & Peniello, 2017). Similar programs could be adapted for use with Indigenous youth in Peru, with careful consideration of the values and goals of the community. Based on findings from this study, these types of efforts should carefully consider the role of Humanity in this population.

Further research should also explore the qualitative meaning of the resilience factors that emerged from this study. Interviewing members of the tribal communities could highlight cultural differences between tribes and their greater cultural context. Such insights could further inform efforts to improve youth outcomes with this population. Not only will further exploration into character strengths and virtues, resilience, and well-being yield positive outcomes to help populations reach their optimal development in a Latin American context, but it will also provide future research with baseline data on unique cultures and communities.

Funding

Special appreciation to George Fox University Richter Scholarship Funding, the George Fox University Psychology Department, and to Claire Retter for their support in this research.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

- Alfaro, J., Castellá, J., Bedin, L., Abs, D., Casas, F., Valdenegro, B., & Oyarzún, D. (2014). Adaptación del Índice de Bienestar Personal para adolescentes en lengua española y portuguesa [Adaptation of the Personal Well-Being Index for adolescents on Spanish and Portuguese language]. *Universitas Psychologica*, *13*(1), 239-252. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.aibp>
- Alzina, R. B., & Paniello, S. H. (2017). Psicología positiva, educación emocional y el Programa Aulas Felices [Positive psychology, emotional education and the Happy Classrooms Program]. *Papeles del Psicólogo*, *38*(1), 58-65. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2822>
- Azañedo, C. M., Fernández-Abascal, E. G., & Barraca, J. (2014). Character strengths in Spain: Validation of the Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) in a Spanish sample. *Clínica Y Salud*, *25*(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.002>
- Castro Solano, A. (Ed.). (2014). *Positive Psychology in Latin America*. Springer.
- Castro Solano, A., & Cosentino, A. C. (2016). The relationships between character strengths and life fulfillment in the view of lay-people in Argentina. *Interdisciplinaria Revista De Psicología Y Ciencias Afines*, *33*(1), 65-80. <https://doi.org/10.16888/interd.2016.33.1.4>
- Drawson, A. S., Houlding, C., Braunberger, P., Sawula, E., Wekerle, C., & Mushquash, C. J. (2016). Violence and resilience: A scoping review of treatment of mental health problems for indigenous youth. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, *4*(1), 48-63. <https://www.ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/197>
- Heaton, T., & Forste, B. (2008). Domestic violence, couple interaction and children's health in Latin America. *Journal of Family Violence*, *23*(3), 183-193. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9142-7>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve, J. E. (Eds.). (2020). *World Happiness Report 2020*. Sustainable Development Solutions Network. <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2020/WHR20.pdf>
- Herrera, A. (2013). Heritage tourism, identity and development in Peru. *International Journal of Historical Archaeology*, *17*(2), 275-295. <https://doi.org/10.1007/s10761-013-0221-6>
- International Wellbeing Group (2013). *Personal Wellbeing Index*. Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 231-253. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.011>
- JASP Team (2020). *JASP* (Version 0.12.2) [Computer software]. <https://jasp-stats.org/>

- Johnston, A. (2006). *Is the sacred for sale? Tourism and indigenous peoples*. Earthscan.
- Kanagawa, C., Cross, S. E., Markus, H. R. (2001) "Who am I?": The cultural psychology of the conceptual self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 90-103. <https://doi.org/10.1177/0146167201271008>
- Lau, A. L. D., Cummins, R. A., & McPherson, W. (2005). An investigation into the cross-cultural equivalence of the Personal Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 72(3), 403-430. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-0561-z>
- Liebenberg, L., Ungar, M., and Van de Vijver, F. R. R. (2012). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) among Canadian youth with complex needs. *Research on Social Work Practice*, 22(2), 219-226. <https://doi.org/10.1177/1049731511428619>
- Martínez-Martí, M. L., & Ruch, W. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 12(2), 110-119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- McGrath, R. E. (2014). Scale- and item-level factor analyses of the VIA inventory of strengths. *Assessment*, 21(1), 4-14. <https://doi.org/10.1177/1073191112450612>
- McGrath, R. E. (2015a). Character strengths in 75 nations: An update. *The Journal of Positive Psychology: Special Issue in Memory of Chris Peterson*, 10(1), 41-52. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.888580>
- McGrath, R. E. (2015b). Integrating psychological and cultural perspectives on virtue: The hierarchical structure of character strengths. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 407-424. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.994222>
- Ministry of Foreign Trade and Tourism of Peru. (2019). *Flujo de turistas internacionales e ingreso de divisas por turismo receptivo* [International tourist flow and foreign exchange income from inbound tourism]. <https://datosturismo.mincetur.gob.pe/appdatosTurismo/Content1.html>
- Organisation for Economic Cooperation and Development. (2019). *Investing in Youth: Peru*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264305823-en>
- Park, N. & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for youth. *Journal of Adolescence*, 29(6), 891-909. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.011>
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
- Pasquier-Doumer, L., & Brandon, F. R. (2015). Aspiration failure: A poverty trap for indigenous children in Peru? *World Development*, 72, 208-223. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2015.03.001>
- Perera, M. J., Yu, E. A., Chia, S. W., Yu, T., & Downey, C. A. (2016). Positive psychology practice with Latin Americans. In E. C. Chang, C. A. Downey, J. K. Hirsch, & N. J. Lin (Eds.), *Positive psychology in racial and ethnic groups: Theory, research, and practice*. (pp. 235-257). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14799-012>
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 214-217. <https://doi.org/10.1002/jts.20332>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press and American Psychological Association.
- Proctor, C., Maltby, J., & Linley, P. A. (2011). Strengths use as a predictor of well-being and health-related quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 153-169. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9181-2>
- Sanders, J., Munford, R., Thimasarn-Anwar, T., Liebenberg, L., & Ungar, M. (2015). The role of positive youth development practices in building resilience and enhancing wellbeing for at-risk youth. *Child Abuse & Neglect*, 42, 40-53. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.006>
- Sarriera, J. C., Casas, F., Alfaro, J., Bedin, L., Strelhow, M. R., Abs, D., Valdenegro, B., Garcia, C., & Oyarzún, D. (2014). Psychometric properties of the Personal Wellbeing Index in Brazilian and Chilean adolescents including spirituality and religion. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 27(4), 710-719. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427411>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. Free Press
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P., Park, N., & Peterson, C. (2004). The Values in Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia*, 27(1), 63-78.
- Steele, D. (2018). Higher education and urban migration for community resilience: Indigenous Amazonian youth promoting place-based livelihoods and identities in Peru. *American Anthropological Association*, 49(1), 89-105.

<https://doi.org/10.1111/aeq.12233>

- Stevens, E. P. (1973). The prospect for a women's liberation movement in Latin America. *Journal of Marriage and the Family*, 35(2), 313-331. <https://doi.org/10.2307/350661>
- Suarez, E. (2013). Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 200-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.011>
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Multiple Methods in Research*, 5(2), 126-149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Webb, A. (2014). Re-working everyday concepts of civic virtue and ethnic belonging among indigenous youth in Chile. *Journal of Youth Studies*, 17(6), 717-732. <https://doi.org/10.1080/13676261.2013.853873>
- World Bank. (2015). *Indigenous Latin America in the Twenty-First Century*. World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/145891467991974540/pdf/Indigenous-Latin-America-in-the-twenty-first-century-the-first-decade.pdf>

Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada

**Emmaline HOUSTON¹, Anika GANNESS²,
Tara BLACK¹, and Barbara FALLON¹**

1 Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto, Ontario

2 Department of Political Science, University of Toronto, Ontario

Corresponding Author: Emmaline Houston, 246 Bloor Street W, Toronto, Ontario, M5S 1V4
Email: emmaline.houston@utoronto.ca.

Abstract

Objectives: The study aims to further the understanding of child welfare involvement with Newcomer families in Ontario, Canada in 2018. This study examines a) the rate and characteristics of child maltreatment-related investigations involving Newcomer families and b) differences in child maltreatment-related investigations between Newcomer and non-Newcomer families.

Methods: This study is a secondary data analysis of the Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2018 (OIS-2018). Using Statistics Canada Census Data, the Population-based Disparity Index (PDI) was calculated for Newcomer and non-Newcomer families. Descriptive and bivariate chi-square analyses were conducted to determine characteristics of investigations involving Newcomer and non-Newcomer households.

Results: The PDI of the incidence of maltreatment-related investigations involving children under the age of 15 from Newcomer households versus non-Newcomer households in Ontario in 2018 is 2.48.

Implications: The findings suggest that a child maltreatment-related investigation is more than twice as likely to occur if the investigation involves a child from a Newcomer household, when compared a non-Newcomer household in Ontario. This study demonstrates a need for further collaboration with Newcomer communities and their social service providers to better understand risk factors of child welfare involvement, and to increase protective factors for children from Newcomer families.

Keywords: child welfare; child maltreatment; newcomers; immigration.

Introduction

In Ontario, Canada, child protection agencies are mandated to “promote the best interests, protection and well-being of children” (CYFSA, 2017). Child protection professionals have a duty to respect the diversity of the children and families they serve, including their race, ethnicity, culture, place of origin, religion, gender, and sexuality (Human Rights Code, 1990; OACAS, 2020). Conversely, studies have identified ethno-racial disparities and disproportionalities within the provincial child welfare system (e.g., Fallon et al., 2015; King et al., 2017; OHRC, 2018; Turner, 2016). Notably, Ontario is home to almost 40% of Canada’s immigrants (Statistics Canada, 2017a). To better understand and meet the needs of children and families who are new to Canada and investigated by the Ontario child welfare system, data specific to the Ontario immigrant population is needed. This study is a secondary data analysis of the Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2018 (OIS-2018), a representative study of reported child abuse and neglect. The rate and characteristics of child maltreatment-related investigations involving children and their families who are new to Canada, and differences in investigations between Newcomer and non-Newcomer families are examined.

Defined by the International Organization for Migration, immigrants are non-nationals who moved and their country of destination becomes their new residence (IOM, 2019). Immigrants’, or newcomers’, experiences vary widely, encompassing a range from those seeking refugee to those selected to participate in a country’s economy (Critelli, 2015; Statistics Canada, 2019). Within this diversity, immigrant families’ strengths and needs vary, impacting child-rearing practices (Critelli, 2015; Nesteruk & Marks, 2011; Sakamoto, 2007; Segal & Mayadas, 2005). Research shows that immigrant families utilize their motivation to cope with adversity, provide for their children, and rely on the strength of family unity as protective factors during the migrant experience (Critelli, 2015; Garcini et al., 2020; Pine & Drachman, 2005). Many who immigrate also face enormous stresses, ranging from economic (e.g., securing employment) to social (e.g., lack of language proficiency; Critelli, 2015; Segal & Mayadas, 2005). Through a range of experiences, parents navigate these stresses in addition to bridging various levels of differences between their own cultural parenting practices and norms, both legal and social, of their new home (Nesteruk & Marks, 2011). These differences may impact involvement with child welfare (Critelli, 2015). For example, a rise in Canadian child welfare investigations has been linked to a recognition of the harmful effects of corporal punishment (Trocmé et al., 2013). The distinction between physical abuse and corporal punishment is not always clear for both professionals and parents (Critelli, 2015; Trocmé et al., 2013). As corporal punishment is used worldwide, the distinction can be especially confusing for immigrant parents (Trocmé et al., 2013). Due to these economic and social stresses, some immigrant children become more vulnerable to maltreatment and require child welfare services (Pine & Drachman, 2005). However, there is a dearth of understanding of the specific needs of immigrant children and families in the child welfare sector (Earner, 2012; Johnson, 2007; Pine & Drachman, 2005).

Ontario-based studies have disaggregated data on families who have been investigated by the child protection system for maltreatment-related concerns to analyze disproportionality and disparity by ethno-racial categories (Fallon et al., 2016). Findings from these studies have specifically brought attention to the overrepresentation of Black Canadians and Indigenous populations and underrepresentation of Asian Canadians in child welfare (King et al., 2017; Lee et al., 2016; OHRC, 2018; Trocmé et al., 2004; Turner, 2016). Authors Cénat and colleagues concluded that Ontario graduate schools and child welfare agencies provide “inadequate training on ethnocultural diversity” which contributes to the overrepresentation of Black children in the child welfare system (Cénat, Noorishad et al., 2020). However, what remains unclear is the ethno-racial composition of newcomer families who have been investigated by the Ontario child protection system for maltreatment-related concerns.

In previous studies, newcomers have been defined based on varying inclusion criteria. Studies in North America have defined newcomers based on time since immigration (ranging from 30 months to 10 years) or the proportion of time spent in their home country compared to their current country of residence (Rodriguez, 2019; Stewart et al., 2008; Suárez-Orozco, 2010). These studies examine newcomers as their participant group of interest and demonstrate that there is no universally agreed-upon definition for the newcomer population. However, Statistics Canada defines recent immigrants as being synonymous with newcomers, indicating that newcomers are those who have migrated to Canada and acquired their landed immigrant or permanent resident status within the five-year period preceding the national census (Statistics Canada, 2010; Statistics Canada, 2017b). According to Census data, 3.5% of the Canadian population were recent immigrants who had permanently settled in Canada from 2011 to 2016 (Statistics Canada, 2017b). In line with Statistics Canada and for the purposes of comparative research with Census data, the OIS-2018 data collection instrument asked the child protection worker to indicate if the caregiver immigrated to Canada

within five years of data collection. These data were used to define Newcomer¹ families in our study. Ontario, home to 39% of Canada's recent immigrants, has the largest immigrant population in the country (Statistics Canada, 2017a), making it a significant province to examine.

Method

Data Source

Secondary analyses of data collected in the Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2018 (OIS-2018; Fallon et al., 2020) were conducted to meet the objectives of this paper. The OIS-2018 is the sixth provincial study to examine the incidence of child maltreatment-related investigations in Ontario. The OIS-2018 captures information on investigation outcomes, forms and severity of maltreatment, and the characteristics of children and families investigated by child welfare authorities in Ontario (Fallon et al., 2020). Using a multi-stage sampling design, a representative sample of 18 child welfare sites was first selected from 48 child welfare organizations in Ontario in 2018. Next, cases opened in a three-month period from 1 October 2018 to 31 December 2018, within these selected sites, were sampled for inclusion in the OIS-2018 (Fallon et al., 2020). Maltreatment-related investigations that met the inclusion criteria in the OIS-2018 included situations in which there were concerns that a child may have already been abused or neglected (maltreatment investigations), as well as situations in which there was no specific concern about past maltreatment but where the risk of future maltreatment was being assessed (risk investigations). These procedures yielded a final sample of 7,590 child maltreatment-related investigations, and a final weighted estimate of 158,476 child maltreatment-related investigations in Ontario in 2018 (Fallon et al., 2020). Please see Fallon et al. (2020) for a detailed description of weighting procedures to produce the estimates.

Data were collected directly from investigating child welfare workers upon completion of their investigation, based on their clinical judgement and information available to them at the time of completing the study instrument. The OIS-2018 had an item completion rate of over 99% for all items (Fallon et al., 2020).

Defining Newcomer Household in the Current Study

In the OIS-2018, data were collected on whether a caregiver moved to Canada within the last five years, based on the worker's clinical judgement and information gathered during the investigation. The Canadian Census data defines children with an immigrant family as the following: "[i]mmigrant family refers to a census family in which at least one spouse or parent is foreign born" (Statistics Canada, 2017a). In following with the Canadian Census definition, for the purposes of this paper, a Newcomer household is defined as any child who resides in a home in which one or both caregivers (i.e., either the primary, secondary or both caregivers) moved to Canada from a foreign country within a five-year period preceding OIS-2018 data collection. For the current study, the Newcomer variable was derived to match the definition above, using the responses collected from the question "Has this caregiver moved to Canada within the last 5 years?" (Fallon et al., 2020). If the worker selected "yes" for one and/or both caregivers in the home, the investigation was deemed a Newcomer household. If the worker selected "no" for all the caregivers in the home, the investigation was considered a non-Newcomer household. If the worker selected "unknown", they indicated they did not have enough information at the time to confirm if the caregiver moved to Canada within the last five years. Thus, "unknown" data were unable to be placed in either the Newcomer or non-Newcomer households and were not analyzed.

Planned Analyses

Bivariate Analyses. Descriptive and bivariate chi-square analyses were conducted to determine the characteristics of investigations involving Newcomer households. Chi-square tests of significance were conducted using the sample weight. The sample weight "adjusts for the inflation of the chi-square statistic by the size of the estimate by weighing the estimate down to the original sample size" (Lefebvre et al., 2017, p. 5). Bivariate chi-square analyses were completed on the primary caregiver's primary language, ethno-racial background, and risk factors, as well as the referral source, primary concern of maltreatment, referrals to internal and external services, substantiation, risk of future maltreatment, ongoing services, and placement (please see Table 1 for full study definitions of these variables).

¹ For the purposes of this paper, when newcomer is lowercase it refers to the community of those who have recently immigrated and when capitalized, Newcomer refers to the subsample analyzed in this study of OIS-2018 data.

Table 1. Variables Collected in the OIS-2018 used in the Present Analyses

Variable	Definition
Primary Caregiver's Primary Language	Workers were asked to identify the primary language of the caregiver: English, French, or Other. If Other, please specify in the space provided. If bilingual, choose the primary language spoken in the home.
Primary Caregiver's Ethno-Racial Background	Workers were asked to endorse the ethno-racial background that best describes the caregiver or select "other" to identify multiple ethno-racial groups and specify in the space provided. This section used a checklist of ethno-racial categories used by Statistics Canada in the 2016 Census (Statistics Canada, 2017d).
Primary Caregiver's Risk Factors	Workers were asked to identify nine risk factors for the primary caregiver (alcohol abuse, drug/solvent abuse, cognitive impairment, mental health issues, physical health issues, few social supports, victim of intimate partner violence, perpetrator of intimate partner violence and history of foster/group care). For each risk factor, the workers were asked to indicate problems that had been "confirmed" (i.e., a diagnosis, directly observed by the investigating worker or another worker, and/or disclosed by the caregiver), "suspected" (i.e. in their clinical opinion, "there [was] reason to suspect that the condition may be present, but it has not been diagnosed, observed, or disclosed"), "no" (i.e. the worker did not believe there was a problem") and "unknown" (i.e. the worker was "unsure of have not attempted to determine if there was such a caregiver risk factors") (Fallon et al., 2020, p. 67). The present analyses consider primary caregiver risk factors to be noted if the investigating worker indicated that these concerns were either "suspected" or "confirmed."
Referral Source	Workers were asked to indicate all sources of referral for the case. The referral source variable was derived into three categories: professional, non-professional and anonymous. Professional sources include community, health or social services workers, hospital personnel, school personnel, other child welfare services, day care centre workers, and police (Fallon et al., 2020). Alternatively, non-professional referral sources include people such as a parent, child or relative; while dental or legal service providers are considered other or anonymous referral sources (Fallon et al., 2019).
Primary Concern of Maltreatment	In maltreatment investigations, workers could identify up to three maltreatment codes that best categorized the reason for the investigation. Only the primary maltreatment code was used for the current analyses. These codes were grouped into five major maltreatment types: physical abuse, sexual abuse, neglect, emotional maltreatment, and children's exposure to intimate partner violence (Fallon et al., 2020). If there wa no alleged incident of maltreatment, the worker would indicate they conducted a risk investigation.
Referrals to Internal and External Services	Workers were asked to indicate whether a referral(s) was made for any family member to an internal (provided by at the agency/office) or external service(s) (other agencies/services)
Substantiation	In maltreatment investigations, workers were asked to indicate the level of substantiation for each separate form of investigated maltreatment. The OIS-2018 uses three levels of substantiation: <u>Substantiated</u> : An allegation of maltreatment is considered substantiated if the balance of evidence indicates that abuse or neglect has occurred; <u>Suspected</u> : An allegation of maltreatment is suspected if you do not have enough evidence to substantiate maltreatment, but you also are not sure that maltreatment can be ruled out; <u>Unfounded</u> : An allegation of maltreatment is unfounded if the balance of evidence indicates that abuse or neglect has not occurred.
Risk of Future Maltreatment	Based on their clinical judgment, workers were asked to indicate if there was a significant risk of future maltreatment.
Ongoing Services	Workers were asked to indicate if they planned to, or already had, opened the case to provide ongoing child welfare services.
Placement	Workers were asked to indicate whether an out-of-home placement was made during the investigation.

Disproportionality. This study uses rates of incidence or rate per 1,000 children of each group of Newcomer and non-Newcomer identities (using a similar methodology as outlined by Lee et al., 2016) to measure Newcomer representation in the Ontario child welfare system. The formula for the rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for Newcomer households in Ontario involved in the child welfare system under the age of 15 years old was calculated by dividing the estimate of child maltreatment-related investigations for Newcomer households by the estimate of Newcomer children in the Census population² and multiplying the results by 1,000. The formula for the rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for Newcomer households in the Ontario population involved in the child welfare system is:

² The 2016 Census was used for the population-based data. To calculate a comparable rate between the child population in Ontario and the OIS-2018 child sample, children less than 15 years old were considered due to available Census demographics on recent immigrants.

Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada

$$\text{Newcomer rate} = \frac{\text{Rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for Newcomer households}}{\text{Census child population of Newcomers households}} \times 1,000$$

Similarly, the rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for non-Newcomer households in Ontario involved in the child welfare system under the age of 15 years old was calculated by dividing the estimate of child maltreatment-related investigations for non-Newcomer households by the estimate of non-Newcomer children in the Census population and multiplying the results by 1,000 to obtain the rate per 1,000. The formula for the rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for non-Newcomer households in the Ontario child welfare system is:

$$\text{Non-Newcomer rate} = \frac{\text{Rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for non-Newcomer households}}{\text{Census Child Population of non-Newcomers households}} \times 1,000$$

Disparity index (DI) is the measure of the difference in the rates of representation in the child welfare service for two groups (Lee et al., 2016), and is often used to compare the ratio of one ethnic or racial group in an event or experience to another ethnic or racial group experiencing the same event (Fluke et al., 2010). DI was used to measure the difference of representation rates in child maltreatment-related investigations for children under the age of 15 years old for Newcomer versus non-Newcomer households in the Ontario child welfare system. The Population-based Disparity Index (PDI) is the rate per 1,000 Newcomer child maltreatment-related investigations in the Ontario population for children from Newcomer households, compared to the rate per 1,000 child maltreatment-related investigations in the Ontario population for children from non-Newcomer households involved in the child welfare system for children under the age of 15 years old. The formula for PDI is the measure of the difference in the rates of representation in the child welfare service of child maltreatment-related investigations for two demographic groups (children from Newcomer versus children from non-Newcomer households). Please see the PDI calculation below:

$$PDI = \frac{\text{Rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for Newcomer households}}{\text{Rate per 1,000 child maltreatment-related investigations for non-Newcomer households}}$$

Results

Child Level

Child Maltreatment-related Investigations involving Children from Newcomer Households. Table 2 describes the estimates of Newcomer households that were investigated in Ontario by a child welfare agency in 2018. In the current study, 8% (an estimated 10,591 child maltreatment-related investigations) had at least one caregiver who the worker indicated as a Newcomer to Canada. In 86% of the child maltreatment-related investigations (an estimated 109,442), the worker indicated that no caregiver(s) had moved to Canada within the last five years. In 4% of the investigations (an estimated 5,342), the worker was unsure if the caregiver(s) moved to Canada within the last five years. Finally, in 2% of the child maltreatment-related investigations (an estimated 2,243), no caregiver was investigated as the investigation involved a youth living independently or a community caregiver (e.g.,

caregiver at day care; Fallon et al., 2020).

Table 2. Estimated Child Maltreatment-Related Investigations (< 15 years old) involving Newcomer Households in Ontario in 2018 (*n* = 127,617)

Newcomer	#	%
At Least One Newcomer Caregiver	10,591	8
No Confirmed Newcomer Caregiver	109,442	86
Unknown Newcomer	5,342	4
Youth Living Independently/ Community Caregiver	2,243	2
Total	127,617	100

Note. Based on an unweighted sample of 515 Newcomer households, 6,675 non-Newcomer households, 272 Unknown Newcomer households, and 128 Youth Living Independently/Community Caregiver investigations. A Newcomer household for this study is defined in the methods.

Disproportionality. For every 1,000 children in Newcomer households, 133.54 were involved in a child maltreatment-related investigation in the OIS-2018. Please see the calculation below:

$$\frac{10,591}{79,310} \times 1,000 = 133.54$$

Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada

For every 1,000 children in non-Newcomer households, 53.78 were involved in a child maltreatment-related investigation in the OIS-2018. Please see the calculation below:

$$\frac{109,442}{2,034,855} \times 1,000 = 53.78$$

Based on our proxy of using Statistics Canada Census Data for Ontario, the Population-based Disparity Index (PDI) of incidence of child maltreatment-related investigations involving children from Newcomer households under the age of 15 years old versus the incidence of child maltreatment-related investigations involving children from non-Newcomer households for children under the age of 15 years old is 2.48. Please see the PDI calculation below:

$$\frac{133.54}{53.78} = 2.48$$

Caregiver Level

Primary Language. In Newcomer households, 37% of primary caregivers investigated for a child maltreatment-related concern spoke English, and 2% spoke French as their primary language. The majority (61%) of primary caregivers in Newcomer households spoke a primary language other than English or French. Whereas in only 9% of investigations in non-Newcomer households, the primary caregiver did not speak English or French as their primary language, 88% spoke English, and 3% spoke French.

Ethno-Racial Background. Table 3 shows a disaggregation of the primary caregivers in Newcomer and non-Newcomer households. The ethno-racial backgrounds³ of the primary caregivers in Newcomer households that were investigated for maltreatment-related concerns were: Arab (24%), Black (19%), White (17%), South Asian (12%), Latin American (8%), Chinese (6%) and West Asian (5%) and Southeast Asian (4%). In non-Newcomer households, the ethno-racial backgrounds of the primary caregivers who were investigated for maltreatment-related concerns were: White (71%), Black (12%), South Asian (6%), Chinese (2%), Filipino (2%), Latin American (2%), and Southeast Asian (2%). Please see Table 3 for the full results.

Table 3. Primary Caregiver's Ethno-Racial Background in Child Maltreatment-Related Investigations (< 15 years old) in Ontario in 2018 (*n* = 120,033)

Ethno-Racial Background	Newcomer Households		Non-Newcomer Households		χ ²
	#	%	#	%	
White	1,812	17	77,582	71	
Black	2,036	19	12,863	12	
Latin American	803	8	2,452	2	
Arab	2,542	24	1,519	1	
West Asian (e.g., Iranian, Afghan)	535	5	952	1	
South Asian (e.g., East Indian, Pakistani, Sri Lankan)	1,247	12	6,245	6	
Chinese	655	6	2,221	2	
Southeast Asian (e.g., Vietnamese, Cambodian, Malaysian, Laotian)	397	4	1,624	2	
Filipino	200	2	2,005	2	
Japanese	0	0	-	-	
Korean	116	1	-	-	
Other	247	2	1,891	2	
Total	10,590	100	103,565	100	1146.980***

Note. Based on an unweighted sample of 515 Newcomer households and 6,675 non-Newcomer households.

- indicates the estimate was < 100 caregivers.

****p* ≤ .001.

Caregiver Risk Factors. As seen in Table 4, at least one risk factor was noted in 56% of the primary caregivers

³ Caregivers identified as Indigenous were excluded from this study. The OIS-2018 and authors of this article adhere to the First Nations Principles of Ownership, Control, Access, and Possession (FNIGC, n.d.). The authors of this article did not negotiate the use of First Nations data, and consequently, their data is not included in these analyses. The derived non-Newcomer subsample is defined as caregivers who have been in Canada for five years or longer, as identified by the caseworker. However, the authors acknowledge that the non-Newcomer subsample is operationalized as non-Indigenous caregivers who settled in Canada six years or later by excluding Indigenous caregivers from the analyses.

in Newcomer households, compared to 54% in non-Newcomer households; however, this is not a statistically significant difference. The top three noted concerns in Newcomer households were few social supports (41%), victim of intimate partner violence (30%), and mental health issues (14%). Similarly, in non-Newcomer households, the top three noted concerns were victim of intimate partner violence (27%), mental health issues (24%) and few social supports (20%).

Table 4. Primary Caregivers' Risk Factors in Child Maltreatment-Related Investigations (< 15 years old) in Ontario in 2018 (*n* = 120,033)

Primary Caregiver Risk Factor	Newcomer Households		Non-Newcomer Households		χ^2
	#	%	#	%	
Alcohol abuse	114	1	6,699	6	22.810***
Drug/solvent abuse	138	1	8,131	7	26.380***
Cognitive impairment	-	-	3,681	3	15.476***
Mental health issues	1,464	14	25,917	24	25.589***
Physical health issues	277	3	6,464	6	9.782**
Few social supports	4,306	41	21,921	20	114.903***
Victim of intimate partner violence	3,206	30	29,354	27	2.858
Perpetrator of intimate partner violence	568	5	7,699	7	2.117
History of foster care/group home	-	-	4,164	4	15.859***
At least one risk factor	5,933	56	58,656	54	1.088

Note. Based on an unweighted sample of 515 Newcomer households and 6,675 non-Newcomer households.

Rate and percentage columns do not add to totals because investigating workers could identify more than one primary caregiver risk factor.

- indicates the estimate was < 100 investigations.

p* ≤ .05, *p* ≤ .01, ****p* ≤ .001.

Investigation Level

Referral Source. Table 5 demonstrates that Newcomer families have a significantly greater proportion of referrals by professional sources than non-Newcomer families (85% versus 73%). Children in Newcomer households had a significantly lower proportion of referrals by non-professional sources than children in non-Newcomer homes (10% versus 24%). Newcomer families had a greater number of referrals by other/anonymous sources than non-Newcomer families (10% versus 7%).

Table 5. Referral Source in Child Maltreatment-Related Investigations (< 15 years old) in Ontario (*n* = 120,033)

Referral Source	Newcomer Households		Non-Newcomer Households		χ^2
	#	%	#	%	
Any Non-Professional Referral Source	1,038	10	25,970	24	51.225***
Any Professional Referral Source	8,969	85	79,808	73	33.034***
Other or Anonymous Referral Source	1,037	10	7,608	7	5.817*
Total	10,591	105	109,441	104	

Note. Based on an unweighted sample of 515 Newcomer households and 6,675 non-Newcomer households.

Rate and percentage columns do not add to totals because an investigation could have more than one referral source.

p* ≤ .05, **p* ≤ .001.

Referrals to Internal/External Services. Table 6 outlines the referrals made to internal or external social services for Newcomer households and non-Newcomer households. There was at least one referral made in 40% of investigations in Newcomer households and 36% of non-Newcomer households. However, the type of referral varied. In Newcomer households, referrals were made most often to family/parent counselling (48%), parent education or support (31%), and intimate partner violence services (25%). Referrals to cultural services (18%) and immigration services (10%) were also made. In non-Newcomer households, referrals were most frequently made to family/parent counselling (42%), parent education or support (37%) and psychiatric/mental health services (25%). There was a statistically significant difference in the proportion of referrals made to intimate partner violence services and

psychiatric/mental health services.

Table 6. Referrals to Internal or External Services for Any Family Member in Child Maltreatment-Related Investigations (<15 years old) in Ontario in 2018 ($n = 120,033$)

Type of Referral	Newcomer Households		Non-Newcomer Households		χ^2
	#	%	#	%	
Parent Education or Support	1,284	31	14,484	37	2.270
Family/Parent Counselling	1,979	48	16,495	42	2.782
Drug/Alcohol Counselling/Treatment	119	3	3,558	9	8.271**
Psychiatric/Mental Health Services	443	11	9,890	25	20.488***
Intimate Partner Violence Services	1,054	25	7,427	19	4.861*
Welfare/Social Assistance	209	5	741	2	8.318**
Food Bank	414	10	1,483	4	17.292***
Shelter Services	263	6	1,621	4	2.553
Housing	324	8	2,180	6	2.189
Legal	285	7	2,606	7	0.060
Child Victim Support Services	239	6	2,655	7	0.374
Recreational Services	250	6	1,383	4	3.339
Special Education Placement	-	-	401	1	1.716
Medical/Dental Services	234	6	2,275	6	0.011
Child/Day Care	339	8	1,542	4	7.642**
Speech/Language Services	-	-	462	1	0.186
Cultural Services	738	18	1,200	3	91.990***
Immigration Services	420	10	204	1	116.561***
No Referral Made	6,448	61	69,798	64	
At Least One Referral Made	4,143	40	39,644	36	
Total	10,591	100	109,442	100	

Note. Based on an unweighted sample of 515 Newcomer households and 6,675 non-Newcomer households.

Rate and percentage columns of the type of referral made do not add to totals because investigating workers could make more than one referral.

- indicates the estimate was < 100 referrals.

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$.

Maltreatment and Risk Investigations. In Newcomer families, the primary maltreatment-related concerns investigated were: risk of future maltreatment (34%), physical abuse (27%), exposure to intimate partner violence (24%), neglect (11%), emotional maltreatment (2%), and sexual abuse (2%). In comparison, the primary maltreatment-related concerns for non-Newcomer families were: risk of future maltreatment (37%), physical abuse (20%), exposure to intimate partner violence (19%), neglect (14%), emotional maltreatment (7%), and sexual abuse (3%). The differences in the rates of the primary maltreatment-related concerns were statistically significant ($p \leq .001$).

In 51% of maltreatment investigations with Newcomer families, the worker indicated that the concern was unfounded, and the child was not a victim of maltreatment. In maltreatment investigations with non-Newcomer families, the concerns were unfounded 54% of the time. In 41% of maltreatment investigations with Newcomer families, the worker concluded that the concern was substantiated, and the child was a victim of abuse or neglect. Forty percent of maltreatment investigations led to a substantiated concern in non-Newcomer families. Finally, in 9% of maltreatment investigations with Newcomer families, the worker suspected the child was a victim but did not have enough evidence to conclude the maltreatment occurred. Suspected maltreatment occurred in 6% of non-Newcomer maltreatment investigations. Differences in substantiation (substantiated, suspected, or unfounded) were not statistically significant between Newcomer and non-Newcomer families.

In risk-only investigations, 83% of workers indicated that investigated child from a Newcomer household was not at significant risk of future maltreatment. In 8% of risk-only investigations in Newcomer households, the worker stated that the child was at significant risk of future maltreatment. Finally, in 9% of risk-only investigations, the worker indicated that the child's significant risk of future maltreatment was unknown in Newcomer families. In non-Newcomer

households, the worker indicated that 77% of children were not at significant risk of future maltreatment, and 16% were at significant risk of future maltreatment. These differences were statistically significant ($p \leq .001$).

Ongoing Services and Placements. In 17% of investigations with Newcomer families, the worker indicated that the file would transfer to ongoing services. In non-Newcomer investigations, 19% of families were transferred to ongoing services. The difference was not statistically significant.

Notably, there was no difference between placement rates in child maltreatment-related investigations for children from Newcomer versus children from non-Newcomer households. In both groups, 97% of children remained in the home, and only 3% were placed in out-of-home care.

Discussion

This study defined a child as being from a Newcomer household when at least one caregiver was identified as immigrated to Canada within five years. The definition allowed for a more comprehensive understanding of children of newcomers' experiences, as either parent's experiences may impact the child (Dennis et al., 2016; Greenberg, 2014; Hagelskamp et al., 2010; Hernandez & Darke, 1999). The Population-based Disparity Index (PDI) suggests that children in a Newcomer household are approximately 2.48 times more likely to be investigated by child welfare than children in a non-Newcomer household. Significant findings from the bivariate analyses could explain possible reasons for this disparity and indicate priority areas for child welfare agencies to support their Newcomer families.

Children from Newcomer households may be at an increased risk for child maltreatment-related investigations due to vulnerabilities related to their migration, such as difficulties securing employment and housing and lack of proficiency in the new country's language (Pine & Drachman, 2005). While the ranking of the primary type of investigated maltreatment-related concern is the same in the Newcomer and Non-Newcomer subsamples, and in the OIS-2018 sample, the rate between the Newcomer and non-Newcomer subsamples was statistically significant (Fallon et al., 2020). This could be explained by a few vulnerabilities. The majority (62%) of primary caregivers for children in Newcomer households do not speak English as their primary language. As a result, there may be communication errors between newcomers, their community and child welfare service providers (Lee, 2016; Scheppers et al., 2006). Approximately a quarter (23%) of the Canadian population reports a mother tongue language other than the official national languages of English and French (Statistics Canada, 2017c). Furthermore, according to the 2016 Canadian Census data, 7.3 million Canadians spoke an "immigrant language" at home (Statistics Canada, 2017c). Immigrant languages exclude "Aboriginal" and sign languages and are defined as languages other than English and French, whose existence in Canada originated due to immigration following English and French colonization (Statistics Canada, 2017c). Challenges in communication between newcomer caregivers and social service providers may result in unidentified caregiver risk factors and missed opportunities for social support (Sakamoto, 2007).

These vulnerabilities may also be related to a lack of social supports newcomer families experience during immigration, increasing the risk of child maltreatment behaviours (Barth, 2005; Drake & Rank, 2009; Drake et al., 2011). Having few social supports was the most common caregiver risk factor in Newcomer households (39%) identified in this study and was significantly more noted than in non-Newcomer households. This is particularly relevant given that Newcomer families have moved to Canada within five years of the investigation and may have few support networks in the country.

Workers noted that 24% of caregivers for children from non-Newcomer households had mental health issues, while only half that amount (12%) of caregivers from Newcomer households were identified as having mental health issues as a caregiver risk factor. Subsequently, 24% of non-Newcomer families received referrals for psychiatric and mental health services following child maltreatment-related investigations, compared to 11% of Newcomer families. This may indicate that mental health issues occur less frequently, and less support is needed in Newcomer communities. However, a more likely explanation could be that during child maltreatment-related investigations in Newcomer households, such concerns may not be disclosed or may not be determined by the social worker (Leong & Lau, 2001; Lee, Fuller-Thomson, Fallon, Black, & Trocmé, 2017). This may be due to communication challenges in identifying mental health issues and differences in cultural norms of disclosing mental health concerns (Leong & Lau, 2001; Sakamoto, 2007). A scoping review concluded that Canadian immigrants underutilize mental health supports due to barriers to accessing services, barriers related to their immigration and an "inadequacy of culturally and linguistically appropriate services" (Tomson et al., 2015, p. 1897). An under-identification could leave newcomer families lacking needed supports and children from newcomer households at an increased vulnerability. Findings from this

study indicate significant differences between caregiver risk factors in Newcomer and non-Newcomer. These findings can be used to tailor programs to meet the identified needs of newcomer families (Fallon et al., 2013).

The overrepresentation of children from Newcomer households may indicate discrimination, racism and systematic biases in child welfare services and policies (Antwi-Boasiako et al., 2020; Derezotes et al., 2005; Drake et al., 2011; Roberts, 2002). Nationally, Arab families are underrepresented in the child welfare population (Lavergne et al., 2008). However, when examining the Newcomer population, Arab families are the most investigated for child maltreatment-related concerns and among the least investigated in the non-Newcomer population. This may indicate that subpopulations of newcomers face unique stressors, resulting in identification to child welfare. The Black ethno-racial population, one of the highest disparity of cases identified for maltreatment concerns in Ontario (Fallon et al., 2016; OHRC, 2018), is also one of the most represented ethno-racial groups amongst Newcomers to be investigated. While this overrepresentation is well-known, child welfare workers continually lack training on ethnocultural diversity (Cénat, Noorishad et al., 2020). Significantly, following a systematic review of the literature, Cénat and colleagues concluded that racial biases accounted for the “most important risk factor” leading to overrepresentation (Cénat, McIntee et al., 2020, p.13). Child welfare agencies must ensure policies and training actively address anti-racist practices (Cénat, McIntee et al., 2020).

Many complexities are involved in the factors that influence the threshold for action and reporting an investigation (Dettlaff et al., 2011). Newcomer households (83%) were significantly more likely to be referred to child welfare by a professional in the community, compared to non-Newcomer households (72%). In Ontario, professionals have a legal duty to report if they suspect a child is being maltreated or is at risk of maltreatment (MCCSS, 2018). Newcomer families were noted to have few social supports more often than non-Newcomer families and may interact more often with professionals who are more likely to assess risk factors and are obligated to report concerns (Drake et al., 2011). Research on cultural family values, such as filial piety, has been shown to influence children’s decision to disclose maltreatment prior to professional involvement (Lee, Fuller-Thomson, Fallon, Trocme, & Black, 2017).

Several methodological decisions were made during this study, which can create challenges for comparing this study to other research. Studies’ methodological considerations and limitations must be understood to avoid indiscriminate interpretations of research outcomes that may lead to biased policy or practice decisions (Lee, 2016). These results should be examined as descriptive and require further investigation to understand their causes (Fluke et al., 2010). Further research of child maltreatment-related investigations of children from Newcomer households, including decision-based disparity, should be completed to avoid misinterpretations.

Limitations

The limitations of the OIS-2018 must be noted when analyzing and interpreting the data (Fallon et al., 2020). The OIS-2018 captures child maltreatment-related concerns that were investigated during a three-month period. The sample period was chosen in consultation with participating agencies as the “optimum period” as investigations during this time were “considered to be typical of a whole year” (Fallon et al., 2020, p. 19). However, a recent review of multi-year administrative child welfare data across five Canadian provinces and one territory revealed that during October to December, sexual abuse and neglect were less likely to occur, and physical abuse and emotional maltreatment were more likely to occur, compared to the first three quarters of the year (Shields et al., 2021).

OIS-2018 does not include incidents of child maltreatment that were not reported to child welfare authorities, screened out or not investigated by child welfare. New reports on cases already open are also not included in the sample. The OIS-2018 is a cross-sectional study and does not allow for causal or longitudinal interpretations. Data were collected based on child welfare workers’ assessments and knowledge during their investigation for child maltreatment-related concerns and were not independently verified. Finally, the weighting procedures are based on annual estimates, which “include counts of children investigated more than once during the year” resulting in weighted estimates for child investigations (Fallon et al., 2020, p. 23). In some analyses, the sample sizes were too small to derive publishable estimates (e.g., Table 3 presents the ethno-racial background of non-Newcomer households, and a few categories could not be reported).

Within the current study, the identity of whether a caregiver was a Newcomer may not have been identified by the caregiver themselves but concluded by the child welfare worker. The current analyses did not use investigations where the worker selected “unknown” for all the caregivers in the home. Additionally, within this study Newcomers are a heterogeneous group. Acknowledging that Newcomers are composed of a diverse group, representative of multiple ethno-racial, religious, language and other backgrounds, this study aims to understand any disparities, vulnerabilities

and risk factors this demographic may face given the shared experience of recently migrating to Canada.

Finally, Canadian Census data on recent migrants, which was used as our proxy for Newcomers, is collected every five years and most recently in 2016. It is anticipated that there are slight variations between the Census 2016 data and the 2018 population, the year the OIS-2018 data was collected. However, utilizing the 2016 Census data allowed for estimated population-based calculations.

Conclusion

The Population-based Disparity Index (PDI) calculations indicated that child maltreatment-related investigations for children from Newcomer households are approximately 2.48 times more likely to occur when compared to investigations for children from non-Newcomer households. There are significant differences in the referral source, identified maltreatment-related concerns, and caregiver risk factors for Newcomer households compared to non-Newcomer households. These results demonstrate a need for increased collaboration with newcomer communities and their social service providers to better understand risk factors of child welfare involvement, and to increase protective factors for children from newcomer families. As the newcomer population is not homogenous, community-informed research is critical for effective interventions and may lend itself to supporting other communities disproportionately represented in child welfare. Building on these results, future research should examine newcomers' interactions with child welfare after more extended settlement periods, including strengths these families build over time. Finally, multi-generational studies should examine second-generation parents' experiences with child welfare and longer-term outcomes for newcomer families.

Funding

The manuscript was completed with financial support from Dr. Barbara Fallon's Social Sciences and Humanities Research Council Canada Research Chair in Child Welfare (#950-231186).

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

- Antwi-Boasiako, K., King, B., Fallon, B., Trocme, N., Fluke, J., Chabot, M., & Esposito, T. (2020). Differences and disparities over time: Black and White families investigated by Ontario's child welfare system. *Child Abuse & Neglect, 107*, Article 104618. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104618>
- Barth, R. P. (2005). Child welfare and race: Models of disproportionality. In D. Derezotes, M. Testa, & J. Poertner (Eds.). *Race matters in child welfare: The overrepresentation of African American children in the system* (pp. 25-46). Child Welfare League of America.
- Beiser, M., Dion, R., Gotowiec, A., Hyman, I., & Vu, N. (1995). Immigrant and refugee children in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry, 40*(2), 67-72. <https://doi.org/10.1177/070674379504000203>
- Cénat, J. M., McIntee, S. E., Mukunzi, J. N., & Noorishad, P. G. (2020). Overrepresentation of Black children in the child welfare system: A systematic review to understand and better act. *Children and Youth Services Review, 120*, Article 105714. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105714>
- Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Czechowski, K., McIntee, S. E., & Mukunzi, J. N. (2020). Racial disparities in child welfare in Ontario (Canada) and training on ethnocultural diversity: An innovative mixed-methods study. *Child Abuse & Neglect, 108*, Article 104659. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104659>
- Critelli, F. M. (2015). Parenting in a new land: Specialized services for immigrant and refugee families in the USA. *Journal of International Migration and Integration, 16*(4), 871-890. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0359-z>
- Child, Youth and Family Services Act, 2017, S.O. 2017, c. 14, Sched. 1. <https://www.ontario.ca/laws/statute/17c14>
- Dennis, C. L., Merry, L., Stewart, D., & Gagnon, A. J. (2016). Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: Results from a prospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health, 19*(6), 959-967. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0633-5>
- Derezotes, D., Testa, M., & Poertner, J. (Eds.). (2005). *Race matters in child welfare: The overrepresentation of African American children in the system*. Child Welfare League of America.
- Dettlaff, A. J., Rivaux, S. L., Baumann, D. J., Fluke, J. D., Rycraft, J. R., & James, J. (2011). Disentangling substantiation: The influence of race, income, and risk on the substantiation decision in child welfare. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1630-1637.

Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children
from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada

<http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.005>

- Drake, B., Jolley, J. M., Lanier, P., Fluke, J., Barth, R. P., & Jonson-Reid, M. (2011). Racial bias in child protection? A comparison of competing explanations using national data. *Pediatrics*, *123*(3), 471-478. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1710>
- Drake, B., Lee, S. M., & Jonson-Reid, M. (2009). Race and child maltreatment reporting: Are Blacks overrepresented? *Children and Youth Services Review*, *31*(3), 309-316. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.08.004>
- Drake, B. & Rank, M. R. (2009). The racial divide among American children in poverty: Reassessing the importance of neighborhood. *Children and Youth Services Review*, *31*(12), 1264-1271. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.05.012>
- Earnar, I. (2007). Immigrant families and public child welfare: barriers to services and approaches for change. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, *86*(4), 63-91.
- Fallon, B., Filippelli, J., Joh-Carnella, N., Miller, S. & Denburg, A. (2019). Trends in investigations of abuse or neglect referred by hospital personnel in Ontario. *BMJ Paediatrics Open*, *3*, Article e000386. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000386>
- Fallon, B., Filippelli, J., Lefebvre, R., Joh-Carnella, N., Trocme, N., Black, T., MacLaurin, B., Helie, S., Morin, Y., Fluke, J., King, B., Esposito, T., Collin-Vezina, D., Allan, K., Houston, E., Harlick, M., Bonnie, N., Budau, K., Goodman, D., ... Stoddart, J. (2020). *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect-2018 (OIS-2018)*. Child Welfare Research Portal. <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/Ontario%20Incidence%20Study%20of%20Reported%20Child%20Abuse%20and%20Neglect%202018.pdf>
- Fallon, B., Ma, J., Allan, K., Pillhofer, M., Trocme, N., & Jud, A. (2013). Opportunities for prevention and intervention with young children: lessons from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*, Article 4. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-4>
- Fallon, B., Van Wert, M., Trocme, N., MacLaurin, B., Sinha, V., Lefebvre, R., Allan, K., Black, T., Lee, B., Rha, W., Smith, C., & Goel, S. (2015). *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect-2013 (OIS-2013)*. Child Welfare Research Portal. https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/ois-2013_final_0.pdf
- First Nations Information Governance Centre. (n.d.). *The First Nations Principles of OCAP*. <https://fnigc.ca/ocap-training/>
- Fluke, J., Harden, B. J., Jenkins, M., & Ruehrdanz, A. (2010). *Research synthesis on child welfare disproportionality and disparities*. In P. McCarthy (Ed.). *Disparities and Disproportionality in child welfare: Analysis of the research*. Center for the Study of Social Policy and The Annie E. Casey Foundation on behalf of the Alliance for Racial Equity in Child Welfare. https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/es2011_session_104.pdf
- Garcini, L., Chen, N., Cantu, E., Sanchez, N., Ziauddin, K., Maza, V., & Molina, M. (2020). Protective factors to the wellbeing of undocumented Latinx immigrants in the United States: A socio-ecological approach. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15562948.2020.1836300>
- Greenberg, J. P. (2014). Significance of after-school programming for immigrant children during middle childhood: Opportunities for school social work. *Social Work*, *59*(3), 243-251. <https://doi.org/10.1093/sw/swu022>
- Hagelskamp, C., Suárez-Orozco, C., & Hughes, D. (2010). Migrating to opportunities: How family migration motivations shape academic trajectories among newcomer immigrant youth. *Journal of Social Issues*, *66*(4), 717-739. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01672.x>
- Hernandez, D., & Darke, K. (1999). Socioeconomic and demographic risk factors and resources among children in immigrant and native-born families: 1910, 1960, and 1990. In D. Hernandez (Ed.), *Children of immigrants: Health, adjustment, and public assistance* (pp. 19-126). National Academy Press.
- Human Rights Code*, R.S.O. 1990, c. H.19. <https://www.ontario.ca/laws/statute/90h19>
- International Organization for Migration (IOM). (2019). *International migration law: Glossary on migration*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Johnson, M. A. (2007). The social ecology of acculturation: Implications for child welfare services to children of immigrants. *Children and Youth Services Review*, *29*(11), 1426-1438. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.06.002>
- King, B., Fallon, B., Boyd, R., Black, T., Antwi-Boasiako, K., & O'Connor, C. (2017). Factors associated with racial differences in child welfare investigative decision-making in Ontario, Canada. *Child Abuse & Neglect*, *73*, 89-105. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.027>
- Lavergne, C., Dufour, S., Trocme, N., & Larrivée, M. C. (2008). Visible minority, Aboriginal, and Caucasian children investigated by Canadian protective services. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, *87*(2), 59-76.
- Lee, B., Fuller-Thomson, E., Fallon, B., Black, T., & Trocme, N. (2017). Examining child welfare decisions and services for Asian-Canadian versus White-Canadian children and families in the child welfare system. *Child Maltreatment*, *22*(2), 132-144. <https://doi.org/10.1177/1077559517690829>
- Lee, B., Fuller-Thomson, E., Fallon, B., Trocme, N. & Black, T. (2017). Asian-Canadian children and families involved in the child welfare

Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children
from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada

- system in Canada: A mixed methods study. *Child Abuse & Neglect*, 70, 342-355. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.022>
- Lee, B., Fuller-Thomson, E., Trocmé, N., Fallon, B. & Black, T. (2016). Delineating disproportionality and disparity of Asian-Canadian versus White-Canadian families in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 70, 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.023>
- Leong, F. T. L., & Lau, A. S. L. (2001). Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Mental Health Services Research*, 3(4), 201-214. <http://doi.org/10.1023/A:1013177014788>
- Ministry of Children, Community and Social Services (MCCSS). (2018). *Reporting child abuse and neglect: It's your duty*. <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/childrensaid/reportingabuse/abuseandneglect.aspx>
- Nesteruk, O., & Marks, L. D. (2011). Parenting in immigration: Experiences of mothers and fathers from Eastern Europe raising children in the United States. *Journal of Comparative Family Studies*, 42(6), 809-825. <https://doi.org/10.3138/jcfs.42.6.809>
- Ontario Association of Children's Aid Societies (OACAS). (2020). *Who we are: Mission*. <http://www.oacas.org/who-we-are/mission/>
- Ontario Human Rights Commission (OHRC). (2018). *Interrupted childhoods: Over-representation of Indigenous and Black children in Ontario child welfare*. <http://www.ohrc.on.ca/en/interrupted-childhoods>
- Pine, B. A., & Drachman, D. (2005). Effective child welfare practice with immigrant and refugee children and their Families. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 84(5), 537-562.
- Roberts, D. (2002). *Shattered bonds: The color of child welfare*. Basic Books.
- Rodriguez, S. (2019). "We're building the community; it's a hub for democracy.": Lessons learned from a library-based, school-district partnership and program to increase belonging for newcomer immigrant and refugee youth. *Children and Youth Services Review*, 102, 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.025>
- Sakamoto, I. (2007). A critical examination of immigrant acculturation: Toward an anti-oppressive social work model with immigrant adults in a pluralistic society. *British Journal of Social Work*, 37(3), 515-535. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm024>
- Scheppers, E., van Donge, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*, 23(3), 325-348. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmi113>
- Shields, M., Tonmyr, L., Morin, Y., Hovdestad, W., Adams, N., Esposito, T., Jervis, L., MacIsaac, S., Pang, C., Peterson, M., Thompson, D., Chabot, M., & Trocmé, N. (2021). Testing for seasonality in Canadian child welfare investigations. *Children and Youth Services Review*, 122, Article 105878. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105878>
- Segal, U. A., & Mayadas, N. S. (2005). Assessment of issues facing immigrant and refugee families. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 84(5), 563-583.
- Statistics Canada. (2010). *Canada's Ethnocultural Mosaic, 2006 Census: Definitions*. Statistics Canada catalogue no. 97-562-XIE2006001. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-562/note-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2013). *Canada's total population estimates, 2013*. Statistics Canada catalogue no. 11-001-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/130926/dq130926a-eng.pdf?st=yTUZn3BW>
- Statistics Canada. (2017a). *Children with an immigrant background: Bridging cultures*. Statistics Canada catalogue no. 98-200-X2016015. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016015/98-200-x2016015-eng.pdf>
- Statistics Canada. (2017b). *Immigration and ethnocultural diversity: Key results from the 2016 Census*. Statistics Canada catalogue no. 11-001-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/171025/dq171025b-eng.pdf?st=F8YsOKUT>
- Statistics Canada. (2017c). *An increasingly diverse linguistic profile: Corrected data from the 2016 Census*. Statistics Canada catalogue no. 11-001-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/170817/dq170817a-eng.pdf?st=gi00iVKe>
- Statistics Canada. (2017d). *Ontario and Canada. Census Profile*. 2016 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2016001. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada. (2018). *Immigration and ethnocultural diversity in Canada*. Catalogue no. 99-010-X2011001. <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-eng.cfm#a4>
- Statistics Canada. (2019). *Classification of admission category of immigrant*. Catalogue no. 99-010-X2011001. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD.pl?Function=getVD&TVD=323293&CVD=323294&CLV=0&MLV=4&D=1>
- Stewart, M., Anderson, J., Beiser, M., Mwakarimba, E., Neufeld, A., Simich, L., & Spitzer, D. (2008). Multicultural meanings of social support among immigrants and refugees. *International Migration*, 46(3), 123-159. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2008.00464.x>
- Suárez-Orozco, C., Gaytán, F. X., Bang, H. J., Pakes, J., O'Connor, E., & Rhodes, J. (2010). Academic trajectories of newcomer immigrant youth. *Developmental Psychology*, 46(3), 602-618. <https://doi.org/10.1037/a0018201>
- Tomson, M. S., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1895-1905.

Examining Child Maltreatment-Related Investigations of Children
from Newcomer and non-Newcomer Households in Ontario, Canada

<https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>

- Trocmé, N., Fallon, B., Sinha, V., Van Wert, M., Kozlowski, A., & MacLaurin, B. (2013). Differentiating between child protection and family support in the Canadian child welfare system's response to intimate partner violence, corporal punishment, and child neglect. *International Journal of Psychology, 48*(2), 128-140. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.765571>
- Trocmé, N., Knoke, D., & Blackstock, C. (2004). Pathways to the overrepresentation of Aboriginal children in Canada's child welfare system. *Social Service Review, 78*(4), 577-600. <https://doi.org/10.1086/424545>
- Turner, T. (2016). *One vision one voice: Changing the Ontario child welfare system to better serve African Canadians. Practice Framework Part 2: Race Equity Practices*. Ontario Association of Children's Aid Societies. http://www.oacas.org/wp-content/uploads/2016/09/One-Vision-One-Voice-Part-2_digital_english-May-2019.pdf

The Use of Mobile Applications to Support Indigenous Youth Wellbeing in Canada

Noella NORONHA^{1,8}, Savannah J. SMITH^{2,3,6,8}, Dawn MARTIN HILL^{4,5,8}, Lori DAVIS HILL^{5,8}, Sara SMITH^{1,5}, Amy GENERAL^{5,8}, Cynthia MCQUEEN^{2,5,8}, Makaśa LOOKING HORSE^{4,5,8}, Alexander DROSSOS⁶, Cynthia LOKKER¹, Nicole M. BILODEAU^{5,7} and Christine WEKERLE^{2,3,8}

-
- 1 Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University, Hamilton, Ontario
 - 2 Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario
 - 3 Department of Pediatrics, McMaster University, Hamilton, Ontario
 - 4 Department of Anthropology, McMaster University, Hamilton, Ontario
 - 5 Six Nations of the Grand River reserve, Ontario
 - 6 Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario
 - 7 Six Nations Health Services, Ohsweken, Ontario
 - 8 Six Nations-McMaster Youth Mental Wellness Research Development and Advisory Committee

Corresponding Author: Christine Wekerle, Department of Pediatrics, McMaster University, 1200 Main St. West, Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5. Email: wekerle@mcmaster.ca.

Abstract

In Canada, Indigenous youth have remained resilient despite being confronted with a wide range of structural and systemic risks, such as long-lasting boil water advisories, over-representation in the child welfare system, and injustices related to land treaties. As people of the land, all disruptions to ecological health are a disruption to personal and community holistic health. Land-based activities and cultural continuity strengthen pathways of perseverance for Indigenous youth (Toombs et al., 2016). For youth, cultural self-expression and personal agency are enhanced with digital platforms, which are well-suited to Indigenous people's strengths in art, music, and oral forms of passing on knowledge. The field of mental health has turned to e-supports such as mobile applications (apps) that can provide easy-to-access intervention, when needed. To date, resilience interventions have received comparatively less attention than the study of resilience factors and processes. It is timely to review the extant literature on mental health apps with Indigenous youth as, currently, Indigenous apps are in early research stages. Critically reviewing work to date, it is argued that an inclusive and expansive concept of resilience, coherent with Indigenous holistic health views, is well-positioned as a foundation for collaborative resilience app development. To date, few mental health apps have been researched with Indigenous youth, and fewer have been co-constructed with Indigenous youth and their community members. The current literature points to feasibility in terms of readiness or potential usage, and functionality for promoting an integrated cultural and holistic health lens. As this effort may be specific to a particular Indigenous nation's values, stories, and practices, we highlight the Haudenosaunee conceptual wellness model as one example to guide Indigenous and non-Indigenous science integration, with a current project underway with the JoyPop™ mHealth app for promoting positive mental health and resilience.

Keywords: Mobile applications; wellness; resilience; Indigenous; youth.

Introduction

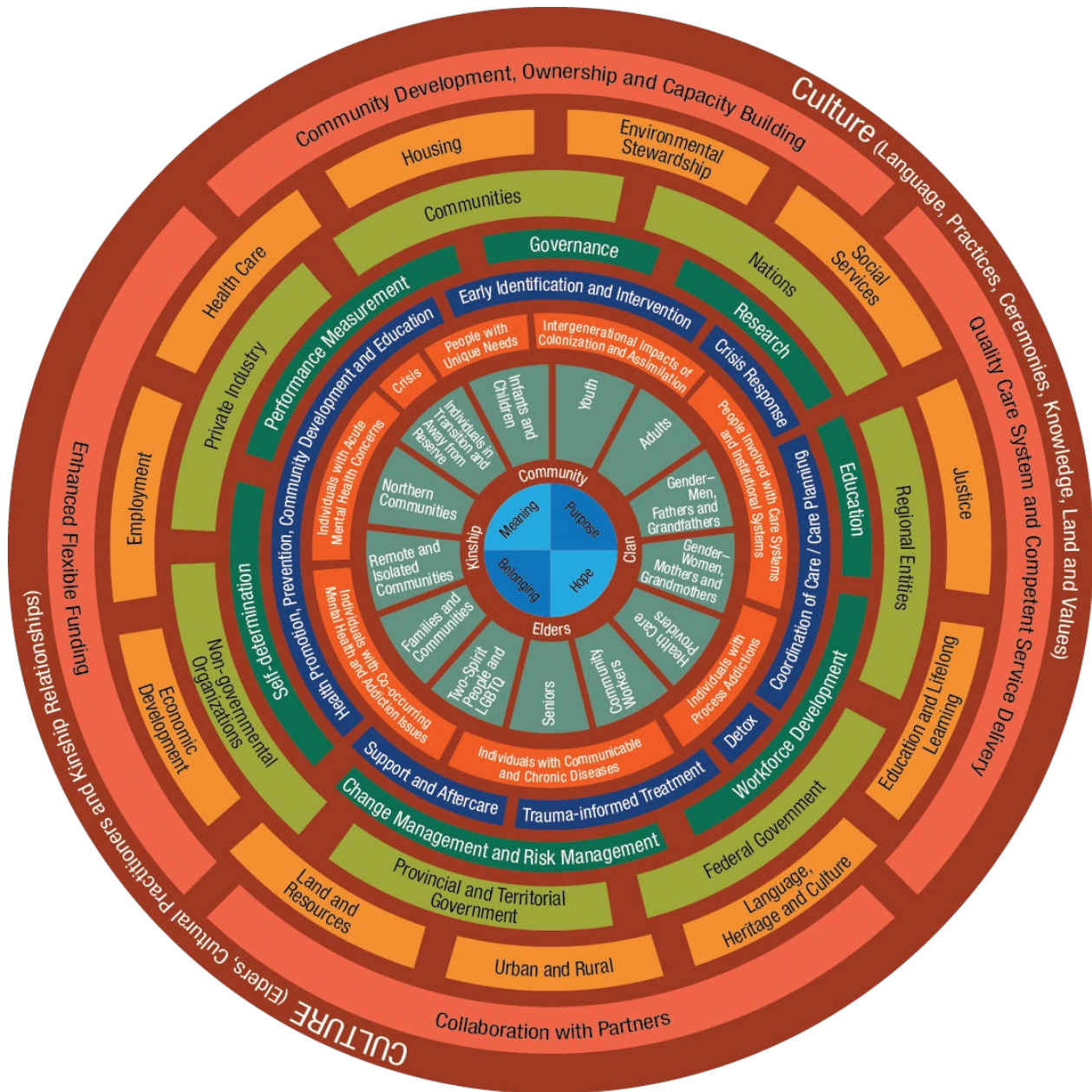
Structural determinants of health can negatively impact the health and wellness of Indigenous communities. The determinants include proximal determinants (i.e., determinants that have an immediate or direct impact on an individual's health – for example, gender norms), distal determinants (i.e., deep-rooted systemic or structural patterns that indirectly impact an individual's health), and intermediate determinants (i.e., those that link proximal and distal determinants to either promote positive health outcomes or contribute to negative health outcomes – for example, the loss of land) (Reading, 2015). Mental wellness continues to be a priority for many First Nations communities. First Nation communities define mental wellness as a daily state in which the individual renews their potential to “walk a good path” in life, in harmony with all their relations, animate and inanimate. Resilience reflects the resistance to, recovery from, and cultural persistence in the face of colonial oppressions and genocide of Indigenous peoples (Starblanket, 2018). Given the critical support of community, community resilience is a collective and collaborative concept, supported by kin, clan, Elders, and/or the community. Mental wellness is considered to be a fine balance of the mental, physical, spiritual, and emotional components of an individual. A general framework of this mental wellness is seen in the First Nations Mental Wellness Continuum Framework (Figure 1). This framework was built with an advisory committee formed by Indigenous Elders, community members, representatives, and chair members. It is rooted in culture and comprises several layers of elements that support First Nations mental wellness. The center of the model refers to the interconnection between mental, physical, spiritual, and emotional behavior – purpose, hope, meaning, and belonging. A balance between all of these elements lead to optimal mental wellness (Health Canada, 2015). As shown, culture is the key route to resilience with all elements (e.g., governance, environmental stewardship, self-determination, trauma-informed treatment, social services, research) contained within. In alignment, healing and wellness are nurtured when physical, mental, emotional, and spiritual needs of a person and their families are the focus of our attention and take priority over system needs (Health Canada, 2015). While federal, provincial, and territorial mental wellness programs and services seek to support wellness in First Nation communities, there are gaps as services and support are not always provided in a culturally safe manner. As a result, the development of a coordinated, comprehensive approach to mental health programming is required; mHealth apps may be a useful contribution.

Research has shown that creating, maintaining, and reinforcing resilience pathways promotes mental wellness for Indigenous youth (Toombs et al., 2016). As resilience is, in part, the availability of resources (Ungar & Liebenberg, 2011), Indigenous resilience tools need to be directed by relevance to youth. Indigenous youth have shown a quick adoption of mobile phone technology applications (apps) to promote cultural identity, quickly mastering newer apps such as TikTok, where the hashtag #Indigenous has over one billion associated views and is a tool for Indigenous youth advocacy and leadership (Loyer, 2020). The understanding of the mobile phone technology landscape for youth resilience is an opportunity to consider the differing streams of work in the areas of mental health app development, Indigenous youth resilience research, and the nascent Indigenous-developed resilience app area.

Mobile phone technology has been adopted by Indigenous peoples for accessing basic social and emergency services, with uptake of usage being both rapid and prevalent (Du, 2017). In reviewing the literature on information and communication technology among Indigenous peoples, Du (2017) found that in Western Australia, most Indigenous mobile phone users had a prepaid phone service. The mobile aspect provided a means of maintaining private communication in over-crowded housing, as well as supporting outdoors movement, as compared to a household computer. Du (2017) recommended federal government endorsement of universal access to telecommunications as a key means to reducing health disparities. However, research into the technology-based behaviour of Indigenous peoples is in its infancy, with little empirical-based understanding of the fit to culture and values.

Within the following sections, we describe the collaborative process and knowledge exchange of a McMaster University- Six Nations of the Grand River youth mental wellness committee, using a Haudenosaunee model, to co-create a research project on mHealth. Specifically, we consider the conceptualization of resilience, the Indigenous resilience components of culture, language, and personal agency. This paper will highlight the current landscape of mHealth available to support Indigenous youth and, further, demonstrate how an existing application, JoyPop™ will be adapted to be the first mobile application created specifically with and for Indigenous youth, integrating clinical psychology science strategies for the promotion of their resilience. To date, JoyPop™ has shown promising results in doing no harm, reducing depression scores, and increasing emotion regulation skills (MacIsaac et al., 2021).

Figure 1. First Nations Mental Wellness Continuum Framework (Health Canada, 2015)

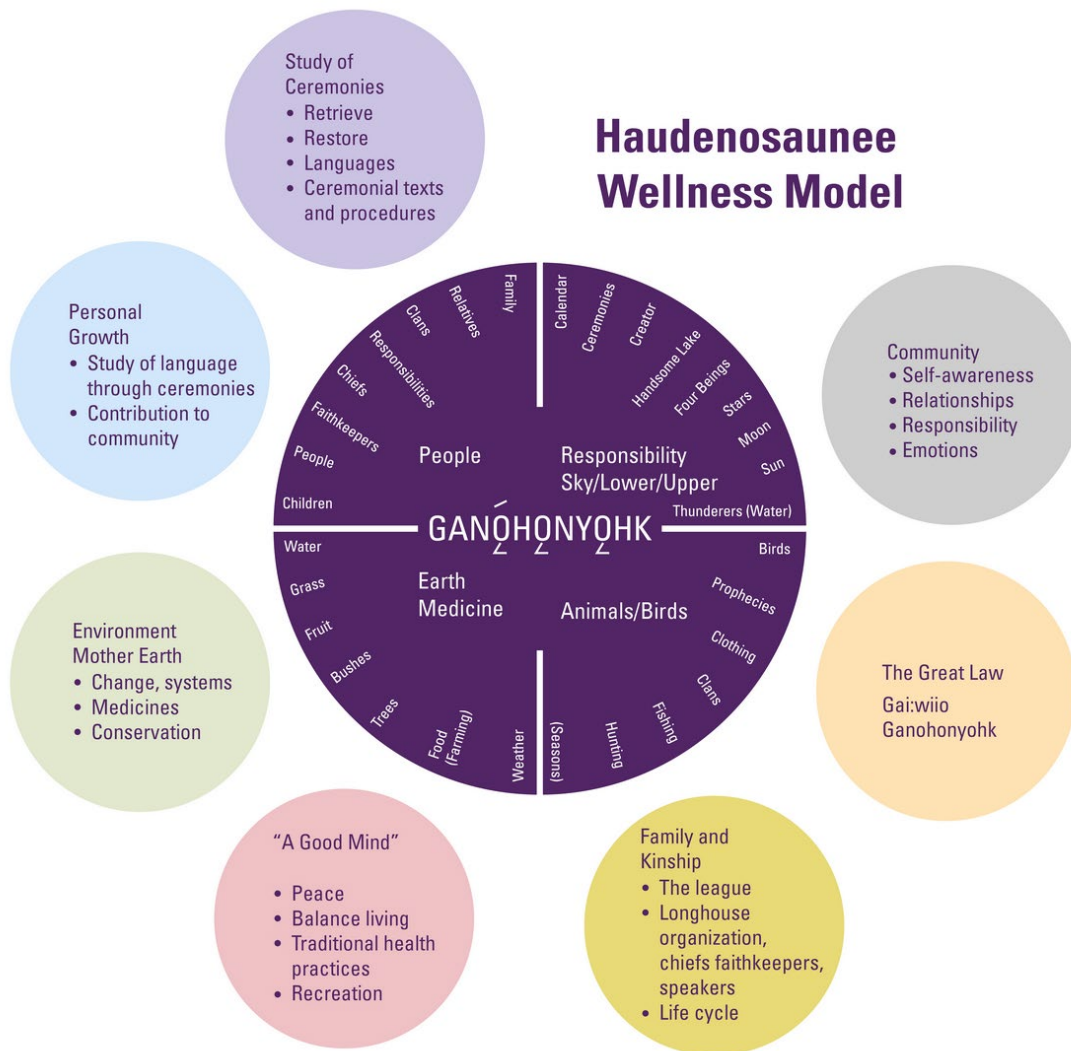


Resilience: Haudenosaunee Perspective

Non-Indigenous views of psychology defined resilience as an individual characteristic or process, in line with the known developmental processes of accommodation and adaptation to challenge (Bernard, 2004). However, resilience can be extended to groups, as the capacity of individuals, their communities, their ecosystems, and their governance systems to survive, adapt, and grow in the face of adversity or transformation. While resilience has been associated with individual factors such as grit, emotional and cognitive flexibility, creative problem-solving, humor, and social skillfulness (Feder et al., 2009; Oshio et al., 2018), it may also derive from social connectedness with a ‘belonging’ group. Recent resilience research suggests that it is valuable to have social networks that can be responsive to an individual’s bid for support (Hamby et al., 2018; Hamby et al., 2020; Wekerle, 2020). Indigenous peoples hold a holistic view of health and resilience, placing emphasis on distinctive features for Indigenous groups such as history, social and

geographical settings. One Haudenosaunee model of wellness is depicted in Figure 2. This holistic view of health can be expressed through the phrase “we come together to have a good mind.” Stories that are built around culturally-informed notions of personhood that link the individual to the community (both past and present), and to the land and broader environment (Berkes & Ross, 2013; Blackstock et al., 2020; Kirmayer et al., 2012; Martin Hill, 2009) can further support this holistic view of health. Key resilience components can include culture (Kirmayer et al., 2012; Kirmayer & Valaskakis, 2009), language (Aguilera & LeCompte, 2007), personal agency (Blackstock et al., 2020; Kirmayer et al., 2012), and personal practices such as daily recital of the Thanksgiving address (Onhenton Kariwahtekwen), attending Longhouse and other ceremonies, respecting reciprocal relationships (e.g., carbon dioxide and oxygen exchange between trees and individuals), and community as relational where responsibilities are understood to the self and the others. It is important to consider these different key resilience components in the co-creation of an mHealth app for Indigenous youth, in order to encourage ‘coming together to have a good mind’ as when we help current youth, we are assisting the next seven generations of youth. Below we further describe culture and language, and personal agency and view of self as it relates to Indigenous resilience for integration into mHealth apps.

Figure 2. Haudenosaunee Wellness Model used with permission from Kawenni:io/Gaweni:yo Private School from Six Nations of the Grand River.



Kawenni:io/Gaweni:yo Private School

Culture and Language

A person's connection to the land and environment reflects working with forces both within and outside the individual (Kirmayer et al., 2012; Raftopoulos & Bates, 2011). There is a recognition of the inter-relatedness of traditional ecological knowledge with traditional medicines from the land and holistic healing (Martin Hill, 2009). The natural environment can support emotional regulation, guidance, and healing (Kirmayer et al., 2012; Raftopoulos & Bates, 2011). Haudenosaunee culture invites the recital of the Thanksgiving Address at the start and end of the day to acknowledge all gifts from the Creator and the natural way of living in harmony, peace, and respect. Known as Ohèn:ton Karihwatéhkwèn, it is a spiritual practice of bringing all into alignment, acknowledging and greeting the natural world (e.g., Mother Earth, animals, food, medicines). As a daily resilience practice dating back to pre-colonization, it is much earlier science on the valuing of the practice of gratitude for mental health, as compared to its recent advancement by positive psychology frameworks (e.g., Kong et al., 2020; Scott et al., 2020). Within the Ohèn:ton Karihwatéhkwèn, the individual is said to bring their mind together with the minds of the community, to become one and align themselves with the natural world (i.e., "all one"). A literal translation may be "what we say before we do anything important" (Mohawks of the Bay of Quinte, n.d.). Thus, rather than "Indigenizing" resilience, conceptually, resilience needs to recognize earlier Indigenous understandings of wellness. Pride in cultural heritage, language-based cultural knowledge and practices, and spirituality all support the community resilience goals of decolonization and healing. Research has demonstrated that Indigenous youth enjoy using mobile technologies such as apps and believe that apps can contribute to supporting processes such as language revitalization, learning, and cultural understanding (Dyson et al., 2015). A Canadian Arctic study found that stable and secure relationships across one's friends, family, and community allowed youth to feel more resilience in the face of adversity, specifically related to social change (Kral et al., 2014).

Personal Agency and View of Self

"Odagahódeş is a Cayuga word that makes us more compassionate. It means that you know of the way of life, so that you can move into someone else's space, with the highest integrity and the deepest connectedness. It is just so understood as a sacred space. It is a participation in someone's life and honoring the way of life, without interference, so decision-making stays with the individual who has been gifted with the powerfulness and richness of the language and the coming together of two people in respect" (Six Nations Elder, Jacobs, 2020 p.5).

Indigenous worldview is expansive through space and time, reflecting a humble view of self in the evolution of the universe, where children are the most sacred members (Blackstock et al., 2020). With the view of becoming ancestors to future generations, there is an investment in children and youth acquiring 'knowledge credentials' in regard to culture. A youth is considered someone who is being taken care of. Once they transition to someone who is taking care of someone else (e.g., becoming a parent), they no longer hold youth status (L. Davis Hill, personal communication, November 18, 2020). Collective efficacy can strengthen the individual efficacy and make individuals feel capable of addressing their own needs. Resilience is a descriptor for a person with agency, who is capable, skillful, and knowledgeable on how to survive in the world (Isbister-Bear et al., 2017). Practically, land-based experiences (e.g., knowing when and how to harvest food as taught by Elders) build a sense of reciprocity and respect for the land that is carried back and forth in interactions with people. For example, in a Northern Norway study, researchers found that the use of recreational and natural resources, and traditional land/ecological knowledge (such as reindeer husbandry) could strengthen adolescents' ethnic identity and pride. Cultural connectedness, thus, acts as a potential resilience mechanism (Nystand et al., 2014). Ulturgasheva et al. (2015) highlight the importance of Indigenous youth being given the opportunity to negotiate resources, including them as members of a participatory research process. From children to youth, opportunities to practice self-agency are supported and guided by Elders and the community. Self-determination, as a concept, is foundational to achieving respectful relations (Blackstock et al., 2020). The trajectory of research on mobile apps for mental health can be described as focusing on non-Indigenous apps as applied to Indigenous youth populations with specific psychological symptomatology (e.g., suicidality, anxiety, substance misuse) to co-creation of apps to focus on resilience. However, research to date has not examined personal agency issues. For example, for youth seeking support in building their resiliency, privacy issues arising from "free" apps (i.e., in-app purchases, in-app advertising) is a concern given the third-party selling of app data, which may put individuals at risk for exploitation. Given the historical betrayal of Indigenous peoples in preference for financial gain, these ethics issues are paramount for transparency in mental health and resilience apps targeted to Indigenous youth.

Mobile Apps for Indigenous Youth Resilience

Current Literature on Mobile Apps x Indigenous Communities

To our knowledge, no literature currently exists around resilience mobile applications for Indigenous communities. However, other literature has explored the use of mobile apps for Indigenous communities. Qualitative work by Tonkin et al. (2017) found young Indigenous Australians (18-35 years of age) were most interested in apps that included games, audio features, and socialization. A summary of the mobile applications that can be found currently for Indigenous communities is found in Table 1 below.

Table 1. Mobile mental health apps available for Indigenous Communities around the world.

Mobile Application	Region of Use	Purpose	Current status	Features	Co-Creation with community?
iBobbly™	Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples of Australia	To target suicidal ideation, however not specific to youth	Available on Market Research conducted	Self-assessment on how you're feeling Demonstrates ways to manage thoughts and feelings, and how to decide what is important in your life Resources to support users	Yes
HABITS	New Zealand youth (Indigenous and non-Indigenous)	To teach mental health skills with a focus on Maori and Pacific Communities (InGame, n.d.)	Available on Market Research upcoming	Evidence-based gamified cognitive behaviour therapy that encourages positive mental health skills	Unknown

Despite the examples we have provided, e-Health psychological interventions for Indigenous youth seem to have very little progression beyond feasibility or acceptability, with little to no research done in the areas of community preferences, current resilience practices, cost-effectiveness, and outcome measures that reflect culturally relevant measurements of resilience and direct measurements of youth service recipients, as compared to service providers (Toombs et al., 2020). Specific to mental health apps for Indigenous communities in Canada, a recent scoping review by Noronha et al. (2020) examined existing Indigenous mental health mobile apps available for download in Canada. This review identified only three Indigenous mobile apps (i.e., IndigenousFriends™, 2018; FirstResponse™, 2019; It's My Life™, 2017) within the peer-reviewed and grey literature and one conference abstract (Kristman & Gilbeau, 2018), which described an app in development. None of these apps were youth-specific, and their primary focus was to provide mental health information and connection to resources and local services, rather than providing culturally specific tools for mental health and resilience promotion. The authors concluded that research on Indigenous mental health apps is extremely limited and non-existent as it pertains to youth co-creation. Literature supporting how technology research with Indigenous communities should be conducted is available. In a critical review of Indigenous technology for physical health, Jones et al. (2017) reported that community advisory councils are central to the research development process and a key means of ensuring cultural appropriateness. These are best considered as long-term relationships that operate within a cyclical model of knowledge exchange and co-creation. iBobbly™ (Table 1) utilized a co-design approach, involving the community in app development. As a process of community leadership and consultation, co-creation was identified as a key part of building trust with Indigenous communities in regard to research relationships and also a best practice in software design. While a collaborative approach was utilized to develop the features of the app, the same process did not seek to specify the measurement model, community-driven targets of improvement beyond symptomatology of interest, or existing adaptive practices. The app development aligned with acceptability of presentation and 'translation' into a visual format consistent with visual cultural metaphors. Indigenous language was not incorporated, and the non-Indigenous science-based therapeutic model was limited in inclusivity in terms of a holistic health model (Shand et al., 2019). Similar co-creation practices have been used in developing Indigenous mHealth tools (video games), such as I-SPARX, and future developers can draw on these examples when supporting Indigenous co-creation in the future (Bohr et al., 2019; Litwin, 2020). Practical strategies to encourage co-creation include incorporating storytelling in providing feedback, the use of visuals (e.g., storyboards, conceptual model diagrams, research timelines and targets), meeting in community locations, and meal-sharing when application development is ongoing.

Next Steps: Resilience Mobile Apps x Indigenous Communities

Within this authorship team, the Six Nations-McMaster Youth Mental Wellness Research Development and Advisory Committee was initiated in 2018 to explore youth resilience app development and research aligning with the previously mentioned literature on how technology research should be conducted. This committee, on average, met monthly and established a partnership among non-Indigenous researchers, youth and Elder community members, health service leaders, and traditional ecological knowledge researchers in order to understand a Haudenosaunee approach to resilience. Sharing digital stories initiated a process of amplifying youth voices.¹ Holding consultation groups with youth cultural knowledge leaders provided opportunity for learning current means for resilience (e.g., singing traditional songs, participating in lacrosse, environmental advocacy, participating in rites of passage programming). With committee meetings occurring over a shared meal, Non-Indigenous resilience measurement was reviewed as a background to creating a committee-developed survey for studying youth resilience. This process enabled a mutual valuing of epidemiological measurement that allows for standardization of knowledge; knowledge of cultural practice engagement, with a recognition of youth variation in exposure to cultural knowledge; current ecological knowledge and the related advocacy of its youth; and non-Indigenous researchers recognizing that environmental wellness is inseparable from mental wellness. Based on Global Water Futures-funded research, Six Nations of the Grand River waterways have been identified as having significant toxicities, potentially impacting human, wildlife, and medicinal plant health (Lookinghorse, 2020). Only a minority of its inhabitants have access to running water, despite being Canada's most popular reserve (Shimo, 2018). Youth leadership organized a podcast series to have presentations by water and ecological scientists, traditional and Non-Indigenous mental health experts, and traditional knowledge leaders, to bridge this research discussion to the broader community.

As per community directives, investigating ecological grief and water anxiety is to be integrated with health interventions in a way that honours youth creativity and Haudenosaunee values. At the invitation of the community, the adaptation of the JoyPop™ resilience app forms the basis for engaging on the topic of youth resilience app interventions (see youthresilience.net), and in the co-creation process of an Indigenous app.

JoyPop™

JoyPop™ is a mobile application created based on research suggesting that mental health and resilience can be fostered by helping youth gain coping skills, especially those related to managing difficult emotions and increasing engagement in positive activities. The app includes a host of features designed to foster resilience, including mood ratings and helpful corresponding activities depending on their ratings. Activities can focus on relaxing the body, helping to organize the thoughts, and providing a fun or distracting outlet. JoyPop™ is based on the theory that emotion regulation is a key mechanism for resilience and positive psychology intervention is a primary method to enhance regulation. Emotion regulation involves multiple processes for understanding, monitoring, evaluating, and modifying emotional reactions (Thompson, 1994; for JoyPop™ development history, see youthresilience.net). This app seeks to support the formation of a daily resilience routine for youth, where youth can start and end their day checking in with the app, as well as utilize the app as a supportive tool throughout the day. Features of the app include emotion ratings, breathing exercises, reflective resilience journaling, a visual-spatial game shown to reduce trauma symptoms, a doodling pad, connection to safe, and social resources. The JoyPop™ app can also link youth directly to their support system or established telephone helplines when further assistance is required. JoyPop™ will serve as a prototype that will be modified to create a holistic wellness tool for Indigenous youth in the form of a mobile app.

The modified version of JoyPop™ is will be researched and supported by a project led by a research team at McMaster University (Ohneganos Ohnegahdę:gyo - Water is Life Project; Principal Investigator: D. Martin Hill; Co-Leads: C. Wekerle & L. Davis Hill) which aims to operationalize the principles of participatory action research and co-creation to create a holistic wellness tool for Indigenous youth in the form of a mobile app. It is recognized that adaptation research is required in order to tailor JoyPop™ to meet the needs and interests of Haudenosaunee youth. Six Nations community members identified the social connectedness features to be especially consistent with Haudenosaunee values. Culturally safe and supportive resources, such as connecting with Elders and Clan Mothers, is available in the safe social connecting "Circle of Trust" feature, where the youth inputs up to six contact persons for quick connecting (Wekerle & Smith, 2018). Furthermore, Haudenosaunee youth identified that 24/7 helplines tailored to Indigenous youth and gender diverse youth would be helpful. Thus, many of the app features have face validity with the Haudenosaunee concept of "good mind". Many of the app features have face validity with the Haudenosaunee concept

¹See Ohneganos Ohnegahdę:gyo YouTube channel for youth digital water stories: <https://www.youtube.com/channel/UC95POu2D6fnd4QtCbz07BIQ/>

of “good mind.” For example, in the Mohawk language, *iah teio’nikonhriihston* literally translates to “it does not cause the mind to be good” and *siako’nikonhriihstáhkwa* translates to “it is used to make the mind good again” (J. Green, personal communication, November 19, 2020). The app features are consistent with the Haudenosaunee values of personal agency in skill development and help-seeking, as well as a daily thankfulness of and coming together to be of a good mind. Preliminary consultation with Indigenous youth living on-reserve, Elders, and community health personnel has generated the following suggestions for app features: recital of the Thanksgiving address, use of Six Nation languages, health-promoting daily activity suggestions, reliance of visuals (e.g., emojis) rather than text, cultural teaching resources, and environment-related information. For example, water is the first medicine for people (from the creation story of Sky Woman falling into a water world, it is taught that human gestation is in a “water world” and the human body is primarily composed of water). Other water-related information (such as mapping of water bodies and water knowledge) was suggested to be beneficial to include in the app as well.

Table 2. Key Resilient Components for Haudenosaunee Populations

Key Resilience Components for Haudenosaunee Populations	Proposed Application Modifications
Personal Agency	Recital of Thanksgiving Address
Culture	Reliance on visuals rather than text Cultural teaching resources Environment-related information (e.g., water teachings, water mapping, water knowledge)
Language	Use of Six Nation languages

Future work with JoyPop™ will involve a qualitative pilot study of technology use and acceptability of the JoyPop™ app with Six Nations youth enrolled in language immersion programming, to be able to comment on ways to include culture and language. “A good mind” is a primary conceptual model within this immersion program. An exploratory study of feasibility involves daily JoyPop™ app use over one month and youth reporting on app acceptability, their frequency of use, their use of specific app features, and ideas for app development will be conducted. The goal of this formative work is to hold a series of meetings with the app development team in order to co-create a resilience tool that will provide Haudenosaunee youth with an easy-to-access wellness tool that does not require internet connectivity, and where no “back end” data needs to be collected and, therefore, no third-party commercialization is possible. Self-determination in terms of control of what data is or is not collected, and how it is or is not used, is a strong message from the community and reflective of research ethics practices (i.e., [OCAP principles](#): information ownership; control; access; possession).

Conclusions

Mobile apps for Indigenous communities may be a channel to remove barriers to services for those in need of support and may be an effective tool for promoting resilience skill sets. However, few mental health apps have been implemented in Indigenous communities or created with them in a community-based manner. To date, non-Indigenous psychological interventions, specifically CBT and mindfulness approaches, dominate existing mental health promotion and resilience apps. There is minimal cultural integration and utilization of traditional land-based experiential learning, cultural teachings (e.g., creation story), or language development. Targeting personal agency is present in existing apps; however, the interdependence between individual and communal or broader resilience is missing. Indigenous youth engagement and consultation is emergent in current app development. Tailoring mobile apps to fit the needs of Indigenous youth requires special consideration and appropriate research techniques that allow Indigenous communities to be actively involved in the development of mobile apps for their community in meaningful ways. Co-creation of Indigenous mobile apps with Indigenous communities is in the very early stages. Work to date indicates that Indigenous youth have a readiness for mobile apps, prefer information delivery that relies on visuals, including gaming elements, as well as help foster cultural identity and connectedness. More research is encouraged to ensure that youth-centric, culturally relevant tools are created to facilitate Indigenous youth resilience. The adapted version of JoyPop™ may be the first mobile resilience app developed through co-creation and consultation with Indigenous community partners.

Limitations

This discussion piece is not exhaustive, but rather intended to highlight current literature in the field to identify current research and gaps. It is likely that other publications, mobile applications, or poster/poster abstracts may be available, but are not included in this discussion. It should be noted that this article describes only a subset of all mental health and wellness apps that are broadly available in the main app stores. All articles and information discussed herein were only selected if available in English, due to limited language fluency of authors, which may have excluded relevant articles in other languages. Given the target population, any articles in an Indigenous language, if available, would have strengthened this summary. Given that there is currently no pan-Indigenous concept of resilience, it is possible that some articles or apps that may be relevant to some communities were not identified as applicable or relevant by the authors given the lack of a central understanding of the concept. Also, Indigenous youth vary on their identification with and exposure to culture. Maintaining the space for agency remains important to provide in resilience development.

Future Directions for Research

Indigenous traditional knowledge offers a long-standing perspective on resilience, where children and youth are placed at the centre as responsibility is taken for the present and future generations. From the Haudenosaunee perspective, it is noteworthy that there is no word for “trauma” (J. Green, personal communication, November 19, 2020). The concepts that are central are expressed in terms of a “good mind,” set in motion daily with the Ohèn:ton Karihwatéhkwen Thanksgiving Address. One on-going challenge evident in the app research discussed herein is the implementation of a decolonizing research approach: “Indigenous users of technology for health were not concerned with enhancing independence but rather interdependence. This includes recognizing that Indigenous perceptions of health may differ greatly from non-Indigenous perceptions” (Jones, 2017, p. 15). The Indigenous relationship-based view of holistic health needs to inform technology for youth resilience. A trajectory of research projects and sustained community-based relationships are needed to form an on-going conversational relationship of end-users, community service providers, health professionals, and Elders, with reflective knowledge checking and integration. Importantly, app research needs to assess the potential for unintended negative consequences of utilizing apps with Indigenous youth (Tighe et al., 2017). While in current environments, Indigenous youth resilience is a primary concern for communities, resilience needs and efforts are dictated, in part, by the social determinants of health. Social justice and health equity are important primary goals that may reflect lower extraordinary, on-going resilience strivings for Indigenous youth (Isbister-Bear et al., 2017).

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge Ms. Katherine Kim for her assistance in organizing meetings for writing, reviewing and editing this manuscript.

Funding

This work was supported in part by the Canadian Institute for Health Research (TE3-138302, 2014 & TE3-171382, 2020) and Global Water Futures, Canada First Research Excellence Fund (20011361).

Conflict of Interest

The author has no conflict of interest to disclose.

References

- Aguilera, D., & LeCompte, M. D. (2007). Resiliency in Native languages: The tale of three Indigenous communities' experiences with language immersion. *Journal of American Indian Education, 46*(3), 11-36. <https://www.jstor.org/stable/24398541>
- Berkes, F., & Ross, H. (2013). Community resilience: toward an integrated approach. *Society & Natural Resources, 26*(1), 5-20. <https://doi.org/10.1080/08941920.2012.736605>
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd.
- Blackstock, C., Bamblett, M., & Black, C. (2020). Indigenous ontology, international law and the application of the Convention to the over-representation of Indigenous children in out of home care in Canada and Australia. *Child Abuse & Neglect, 110*(part 1),

Article 104587. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104587>

- Bohr, Y., Lee, Y., Armour, L., Abdelmaseh, M., Manion, I., Pavelich, A., Litwin, L., & Singoorie, C. (2019, Mar 22-24). */(nuit)-SPARX: Design of a culture-specific mental health e-intervention by Nunavut youth for Nunavut youth* [Conference abstract]. 8th International Meeting on Indigenous Child Health, Calgary, AB, Canada.
- Du, J. T. (2017). Research on Indigenous people and the role of information and communications technology in development: A review of the literature. *Journal of the Australian Library and Information Association*, 66(4), 344-363. <https://doi.org/10.1080/24750158.2017.1397857>
- Dyson, L. E., Grant, S., & Hendriks, M. (Eds.). (2015). *Indigenous people and mobile technologies*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315759364>
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 446-457. <https://doi.org/10.1038/nrn2649>
- Hamby, S., Grych, J., & Banyard, V. (2018). Resilience portfolios and poly-strengths: Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of Violence*, 8(2), 172-183. <https://doi.org/10.1037/vio0000135>
- Hamby, S., Taylor, E., Mitchell, K., Jones, L., & Newlin, C. (2020). Is it better to seek or to receive? A dual-factor model of social support. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 5-17. <https://doi.org/10.7202/1072584ar>
- Health Canada. (2015). *First nations mental wellness continuum framework*. https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf
- IndigenousFriendsAssociation. (2021). *Indigenous Friends* (Version 3.3.1) [Mobile app]. Apple App Store. <https://apps.apple.com/ca/app/indigenous-friends/id1075737349>
- InGame. (n.d.). *HABITS Mental Health App*. InGame Limited. <http://www.ingame.co.nz/portfolio/habits-mental-health-app/>
- Isbister-Bear, O., Hatala, A. R., & Sjoblom, E. (2017). Strengthening Âhkamêyimo among Indigenous youth: The social determinants of health, justice, and resilience in Canada's north. *Journal of Indigenous Wellbeing*, 2(3), 76-89. <http://manage.journalindigenuswellbeing.com/index.php/joiw/article/view/59/91>
- Jones, L., Jacklin, K., & O'Connell, M. E. (2017). Development and use of health-related technologies in indigenous communities: Critical review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), Article e256. <https://doi.org/10.2196/jmir.7520>
- Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K., & Williamson, K. J. (2012). Toward an ecology of stories: Indigenous perspectives on resilience. In *The social ecology of resilience* (pp. 399-414). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_31
- Kirmayer, L. J., & Valaskakis, G. G. (Eds.). (2009). *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*. UBC Press.
- Kong, F., Yang, K., Yan, W., & Li, X. (2020). How does trait gratitude relate to subjective well-being in Chinese adolescents? The mediating role of resilience and social support. *Journal of Happiness Studies*, 22(4), 1611-1622. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00286-w>
- Kral, M. J., Salusky, I., Inuksuk, P., Angutimarik, L., & Tulugardjuk, N. (2014). Tunngajuq: Stress and resilience among Inuit youth in Nunavut, Canada. *Transcultural Psychiatry*, 51(5), 673-692. <https://doi.org/10.1177/1363461514533001>
- Kristman, V., & Gilbeau, A. (2018). 898 Developing a culturally relevant workplace mental health e-health application for the Canadian Indigenous population. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(Suppl. 2), Article A617. <https://doi.org/10.1136/OEMED-2018-ICOHABSTRACTS.1740>
- Litwin, L. H. (2020). *Exploring resilience and mental health among Canadian Inuit Youth: Understanding wellness and piloting a prevention program*. [Doctoral dissertation, York University]. YorkSpace Institutional Repository. https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/37384/Litwin_Leah_H_2019_PhD.pdf?sequence=2&isAllo wed=y
- Lookinghorse, M. (2020). *Ohneganos: Let's talk water* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/playlist?list=PLVOpWnAsC2xCls5M628FY6AoZM54Pv2Zu>
- Loyer, J. (2020, April 23). *Indigenous TikTok is transforming cultural knowledge*. CanadianArt. <https://canadianart.ca/essays/indigenous-tiktok-is-transforming-cultural-knowledge/>
- MacIsaac, A., Mushquash, A. R., Mohammed, S., Grassia, E., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Adverse childhood experiences and building resilience with the JoyPop App: Evaluation study. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(1), Article e25087. <https://doi.org/10.2196/25087>
- Martin Hill, D. M. (2009). Traditional medicine and restoration of wellness strategies. *International Journal of Indigenous Health*, 5(1), 26-42. <https://journals.uvic.ca/index.php/ijih/article/view/12328>
- Martin Hill, D. M. & Wekerle, C. (2020, September 15). *Indigenous youth resilience: Water protectors*. Open Access Government. <https://www.openaccessgovernment.org/indigenous-youth-resilience/94336/>

- Mohawks of the Bay of Quinte. (n.d.). *Ohèn:ton Karihwatéhkwen*. <https://mbq-tmt.org/ohenton-karihwatehkwen/>
- Noronha N., Balakumar, S., Toy, K., Smith, S., Wekerle, C., Martin-Hill D., Lookinghorse, M., Avarino, A., Drossos, A., Niec, A., Jacobs, B., Thomasen, K., & Lokker, C. *Mental Health Mobile Applications developed for Indigenous Communities in Canada: A Scoping Review*. [Manuscript submitted for publication]. Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University.
- Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127(1), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048>
- Push Interactions. (2019). *It's My Life* (Version 1.0.2) [Mobile app]. Apple App Store. <https://apps.apple.com/ca/app/its-my-life/id1296640708>
- Qwantech. (2020). *FirstResponse: Nokiiwin* (Version 1.0.1) [Mobile app]. Apple App Store. [https://doi.org/10.1080/1364436X.2011.580729](https://apps.apple.com/us/app/firstresponse-nokiiwin/id1451649270?ign-mpt=uo%3D2Raftopoulos, M., & Bates, G. (2011). 'It's that knowing that you are not alone': the role of spirituality in adolescent resilience. <i>International Journal of Children's Spirituality</i>, 16(2), 151-167. <a href=)
- Reading, C. (2015). Structural determinants of Aboriginal peoples' health. In M. Greenwood, S. de Leeuw, & N. Lindsay (Eds.), *Determinants of indigenous peoples' health: Beyond the social* (2nd ed., pp. 3-17). CSP Books Inc.
- Scott, V., Verhees, M., De Raedt, R., Bijttebier, P., Vasey, M. W., Van de Walle, M., Waters, T. E. A., & Bosmans, G. (2020). Gratitude: A resilience factor for more securely attached children. *Journal of Child and Family Studies*, 30(2), 416-430. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01853-8>
- Shand, F., Mackinnon, A., O'Moore, K., Ridani, R., Reda, B., Hoy, M., Heard, T., Duffy, L., Shanahan, M., Pulver, L. J., & Christensen, H. (2019). The iBobbly Aboriginal and Torres Strait Islander app project: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), Article 198. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3262-2>
- Shimo, A. (2018, October 4). *While Nestlé extracts millions of litres from their land, residents have no drinking water*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/global/2018/oct/04/ontario-six-nations-nestle-running-water>
- Starblanket, T. (2018). *Suffer the little children: Genocide, Indigenous Nations and the Canadian state*. SCB Distributors.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., Mackinnon, A., De La Mata, N., & Christensen, H. (2017). iBobbly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1), Article e013518. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013518>
- Tonkin, E., Jeffs, L., Wycherley, T.P., Maher, C., Smith, R., Hart, J., Cubillo, B., & Brimblecombe, J. (2017). A Smartphone app to reduce sugar-sweetened beverage consumption among young adults in Australian remote Indigenous communities: Design, formative evaluation and user-testing. *JMIR Mhealth Uhealth*, 5(12), Article e192. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8651>
- Toombs, E., Kowatch, K. R., Dalicandro, L., McConkey, S., Hopkins, C., & Mushquash, C. J. (2020). A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: Results and recommendations. *Journal of Telemedicine and Telecare*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1357633X19899231>
- Toombs, E., Kowatch, K. R., & Mushquash, C. J. (2016). Resilience in Canadian Indigenous youth: A scoping review. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 4(1), 4-32. <https://www.ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/193>
- Ulturgasheva, O., Rasmus, S., & Morrow, P. (2015). Collapsing the distance: Indigenous-youth engagement in a circumpolar study of youth resilience. *Arctic Anthropology*, 52(1), 60-70. <https://doi.org/10.3368/aa.52.1.60>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 126-149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Wekerle, C. (2020). From adverse childhood experiences to wellbeing: Portfolios of resilience. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 32-38. <https://doi.org/10.7202/1072586ar>
- Wekerle, C., & Smith, S. (2018, December). *Child maltreatment, substance abuse, and interventions: #ResilienceInYouth: Presenting an app for youth experiencing challenge* [Paper presentation]. ISPCAN Caribbean Regional Conference, Montego Bay, Jamaica. <https://www.slideshare.net/ChristineWekerle/resilience-in-youth-presenting-an-app-for-youth-experiencing-challenges>

Resilience in Nicaragua: Preliminary Factor Analysis and Validation of the CYRM-28

B. Cameron STUMPF¹ and Kelly B. T. CHANG¹

¹ Department of Psychology, George Fox University

Corresponding Author: Kelly B.T. Chang, Ph.D., Department of Psychology, George Fox University, 414 N. Meridian St., PO Box 6127, Newberg, OR 97132.
Email: kchang@georgefox.edu

Abstract

Objectives: The current study used factor analytic techniques to examine the performance of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) in Nicaragua.

Methods: Nicaraguan youth from Managua, León, Chinandega, and Granada ($n = 2,764$) completed the CYRM-28 and the Personal Wellbeing Index (PWI-A). The CYRM-28 and PWI-A are self-report measures that were translated into Spanish in previous studies.

Results: A confirmatory factor analysis on the CYRM-28 did not support the eight-factor model from previous research. An exploratory factor analysis yielded a six-factor model: Social Belonging, Cultural Context, Caregiver Context, Social Skills, Spiritual Context, and Responsibility. Seven items were removed to improve model fit, reducing the CYRM-28 to only 21 items. We named the reduced measure the CYRM-21-N (Nicaragua).

Implications: From our analyses, we constructed the CYRM-21-N, a briefer version of the CYRM-28 with a revised factor structure. The CYRM-21-N may be useful in studying resilience in youth populations or assessing intervention outcomes in Nicaragua.

Keywords: Resilience; CYRM-28; youth; Nicaragua; subjective well-being.

Introduction

While happiness is almost universally sought, researchers have struggled to precisely define it and measure it. Consequently, *subjective well-being* (SWB) was proposed as a broad construct through which emotions, domain satisfaction, and life satisfaction might be assessed (Diener et al., 1999). SWB has been implicated as a potential component for positive youth development (Bird & Markle, 2012) and has been associated with health, longevity, and relational success (Diener et al., 2018). However, SWB, similar to happiness, can be an elusive and challenging target. For this reason, research is increasingly focusing on the role resilience plays in the achievement and maintenance of SWB in youth populations, especially in countries like Nicaragua.

Resilience

Resilience can be broadly defined as the ability to adapt to and overcome challenges that arise in life (Fleming & Ledogar, 2008). These challenges could include the loss of family members, job termination, or even war. The literature is full of many other definitions of resilience, likely a result of varying cultural definitions. However, most definitions include elements of both internal and external resources (Liebenberg & Joubert, 2019). Internal resources can include self-efficacy, problem-solving skills, and self-control. External resources are both relational and cultural/contextual and can include caregiver support, economic factors, and education. Some resources, such as faith and spirituality, transcend these boundaries and are both internal and external.

Research suggests that resilience may help to cultivate SWB. For example, psychological resilience may play a mediating role between spontaneous activity in the left orbitofrontal cortex and affect balance (Kong et al., 2018). Increased spontaneous activity in this area has been observed in individuals with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder (Chang et al., 2019). These results suggest that greater resilience may provide benefits in the form of affect regulation and symptom reduction, which could then have a positive cascade effect on the other components of SWB. That is, individuals suffering from depression may be “lifted out” of it to some degree by the presence of resilience factors, which could then improve their prognosis.

Resilience may also help in the maintenance of SWB, especially when considering individuals with posttraumatic stress disorder (PTSD). Zahradnik et al. (2010) noted that Nova Scotian Mi'kmaq youth who were exposed to violence were likely to develop PTSD reexperiencing symptoms. However, this only held for those with lower levels of resilience. Youth who scored higher on the global, community, and family levels of resilience showed no increase in PTSD reexperiencing symptoms as a function of exposure to violence. These results demonstrate one of the fundamental aspects of resilience: the ability to overcome adversity (Rutter, 1990). In this way, resilient people may be more likely to maintain higher levels of SWB as a result of their ability to endure hardship.

Resilience is an increasingly popular component of psychological interventions because it is flexible and can be increased (Masten, 2014). Unfortunately, the flexibility of resilience may also allow for decreases over time. Villora et al. (2020) hypothesized that resilience would moderate the relationship between bullying victimization and SWB in their student population. However, the moderation they observed was quite weak and victims of bullying generally had lower resilience. The researchers noted how the experience of having been bullied may actually have reduced the resilience of these students, given the socially embedded nature of resilience and the damage to social resources that result from bullying. More research is needed on resilience trajectories, and this research certainly does not provide causal evidence, but this serves as a sobering reminder that resilience likely does not provide absolute protection. The individual components of resilience should still be nurtured continuously to reap the full benefits.

Resilience Across Cultures

Ungar and Liebenberg (2013) have called for culturally-sensitive conceptualizations of resilience, especially when constructing intervention strategies or public policy. As a result, resilience has been examined in a vast array of countries and cultures such as South Africa (Govender et al., 2017; van Rensburg et al., 2019), China and Taiwan (Li & Yang, 2016; Mu & Hu, 2016), and indigenous Nova Scotian communities (Zahradnik et al., 2010). Though the presentation of resilience looked different across these contexts, both internal and external resources were generally essential. The specific resources within those broad categories and their relative importance are what varied considerably.

Resilience can be particularly beneficial to populations experiencing high degrees of adversity, such as Nicaraguans. Findings across the research in Nicaragua suggest that they face a significant amount of difficulty.

Nicaraguans experience high rates of suicidal behavior (Guillén et al., 2015; Rodríguez et al., 2006). Guillén et al. found that the presence of stressful life events (SLEs), such as abuse or death of a loved one, increased suicide rates in adult women. Lack of social support was also a contributing factor. Rodríguez et al. did not find an association between suicidal behavior and sociodemographic factors but did find an association between suicidal behavior and spousal suicidal behavior. Their results suggest that even proximity to others who are experiencing distress may be detrimental to SWB in Nicaragua. According to Cox (2012), marginalized groups (such as those in poverty) in Nicaragua experience lower levels of SWB. This was seen across both urban and rural populations. Cox also found that social support and objective income were predictors of SWB.

From here, two routes towards increasing SWB become apparent: reduce the amount of SLEs directly or help people to cope with these difficulties by promoting resilience. While both routes are valuable in different ways, the present study focuses on the latter. However, culturally diverse research on resilience is still emerging and little research on resilience in Nicaragua has been done, particularly on youth. The present study seeks to expand research on resilience in a youth context in Nicaragua, providing researchers with a foundation that can be used to generate more effective intervention strategies.

Current study

To this end, we examined the validity of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28; Ungar & Liebenberg, 2011). The CYRM-28 was developed by an international team of researchers using quantitative and qualitative methods. Participants were sampled from 11 different countries: The Gambia, Russia, Tanzania, India, Canada, South Africa, Palestine, China, United States, Israel, and Colombia. Soon after, Liebenberg et al. (2012) validated the CYRM-28 for use among Canadian youth. They identified a hierarchical factor structure of three higher-order factors, consisting of eight primary factors. Under the Individual category were Personal Skills, Peer Support, and Social Skills. Under the Caregiver category were Physical Caregiving and Psychological Caregiving. Under the Context category were Spiritual Context, Educational Context, and Cultural Context.

Since its conception, the CYRM-28 has been used and adapted for use in a variety of countries (see Table 1). Though the CYRM-28 has been validated in several other countries, to our knowledge it has not yet been systematically examined in Nicaragua with a large and varied sample. In this study, we used factor analytic techniques to examine the underlying factors of resilience. We expected the factors to differ from the factors found in Western countries. We also sought to establish predictive validity by investigating whether resilience was associated with SWB in our sample.

Method

Participants

Participants were sampled from four large municipalities: Managua, León, Chinandega, and Granada. Participants consisted of 1,108 students from four universities and 1,656 students from seven high schools, aged 11–22 from Nicaragua ($M = 16.63$, $SD = 2.85$). The sample included more women (60%) than men (40%). Most of the participants (99%) reported Spanish as their first language. Regarding ethnicity, participants reported being of mixed ethnicity (62%), Criollo (2%), Indigenous (1%), European (1%), and other (1%). Many participants (33%) reported not knowing.

Procedure

Institutional Review Board approval was granted from George Fox University in the United States and from Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Permission was obtained from directors of the school programs to apply paper-and-pencil questionnaires in the classrooms, and informed consent was gathered from classroom instructors and participants.

The questionnaires were first analyzed by several experts, including Nicaraguan psychology faculty, a professional translator of Nicaraguan origin, and students in the pilot study. The psychology faculty were consulted in several meetings, examining the instructions, questions, and answer format of each questionnaire, as well as the relevance of each construct in this culture. The selected questionnaires had previously been translated, back-translated, and validated with a Spanish-speaking population, whether in the United States, Spain, or a Latin American country like Colombia (Alfaro et al., 2014; Ungar & Liebenberg, 2011). The Nicaraguan translator made minor corrections and adjustments, following instructions to make the questionnaire format consistent across scales.

Table 1. Cross-Cultural Comparison of CYRM Factor Structure

Samples/Factor Models	Item Count	α^a	Study
Nova Scotian Mi'kmaq (n = 126)	26		Zahradnik et al., 2010
Individual	9	.79	
Family	6	.72	
Community	11	.86	
Columbia (n = 148)	7		Montoya et al., 2011
Canada (n = 410)	28		Liebenberg et al., 2012
Individual ^b	11	.65-.91	
Caregiver ^b	7	.65-.91	
Context ^b	10	.65-.91	
Canada (n = 589)	27		Daigneault et al., 2013
Individual/Social	11	.84	
Family	7	.78	
Community/Spiritual	6	.64	
China (n = 2,632)	12	.83	Mu & Hu, 2016
Tehran (n = 412)	28		Amirsardari et al., 2016
Individual	11	.78	
Caregiver	7	.80	
Context	10	.77	
South Africa (n = 1,854)	24		Govender et al., 2017
Individual/Social	11	.82	
Familial	7	.71	
Community/Spiritual	6	.70	
New Zealand (n = 297)	28		Sanders et al., 2017
Individual	7	.66	
Family	7	.81	
Social/Cultural Context	10	.77	
Spiritual/Community Context	4	.75	
Iran (n = 353)	11		Zand et al., 2017
Peer	2	.82	
Caregiver	4	.70	
Religious/Cultural	5	.72	
Australia (n = 233)	28		Langham et al., 2018
Sources	15	-	
Expressions	13	-	
Syria (n = 324)	12		Panter-Brick et al., 2018
Individual	4	-	
Relational	4	-	
Contextual	4	-	
Jordan (n = 279)	12		Panter-Brick et al., 2018
Individual	4	-	
Relational	4	-	
Contextual	4	-	
Jamaica (n = 244)	28		Craig et al., 2018
Individual	8	.73	
Social	10	.77	
Community	4	.77	
Family/Spiritual	6	.81	
Spain (n = 432)	32		Llistosella et al., 2019
Individual Skills	15	.78	
Interaction w/ Family	7	.79	
Interaction w/ Others	10	.72	
South Africa (n = 1,137)	28		van Rensburg et al., 2019
Individual	7	.70/.66	
Family/Relational	7	.80/.82	
Contextual ^b	14	.82/.81	

Note. ^aDashes indicate missing reliability information. ^bFactors contain subfactors or item parcels.

The pilot sample, consisting of 28 university and 24 high school students, confirmed that the questionnaires were understandable and clear.

In 2015, 3,322 university and high school students completed the measures in their classrooms. In larger schools, classrooms were randomly selected. In smaller schools, all classrooms were selected. University classrooms required instructor permission. Attempts were made to sample a variety of majors. Data from one university were collected via the internet ($n = 189$). After excluding participants who were above 22 years of age, below 11 years of age, or responded carelessly, 2,764 participants remained for the analyses.

Measures

Resilience. The Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28; Ungar & Liebenberg, 2011) is widely used for measuring resilience in youth populations and is available in several languages. This 28-item scale includes items regarding a participant's perceptions of their skills, culture, and social support. An example item is: "I am aware of my own strengths." Participants are asked to rate on a scale from 1 to 5 how well they agreed with each item (*not at all* to *a lot*). The 28 items can either be summed into an index score or decomposed into specific factor mean scores. The Spanish version was developed in Colombia during the original project (Ungar & Liebenberg, 2011). Studies using the CYRM-28 in a variety of countries have identified factor structures that deviated from the Canadian sample (Liebenberg et al., 2012). The CYRM-28 factors identified in this study demonstrated a range of reliability estimates¹ in this sample ($\alpha = .56-.73$, $\omega = .57-.75$).

Subjective Well-Being (SWB). The Personal Wellbeing Index (PWI-A; International Wellbeing Group, 2006; Lau et al., 2005) is a common measure of general SWB. The Spanish translation has been validated with adolescents in Chile (Alfaro et al., 2014). The 7-item scale asks participants to rate their satisfaction in different life domains: health, personal safety, personal relationships, future security, standard of living, life achievement, and community-connectedness. An example item asks: "How satisfied are you with your health?" Responses range from 0 (*No satisfaction at all*) to 10 (*Complete satisfaction*). Following the recommendations of Sarriera et al. (2014), two other items were considered for inclusion with the original seven domains of satisfaction on the PWI-A. Satisfaction with spirituality contributed to psychometric performance, while satisfaction with religion did not. Therefore, spirituality was summed with the original seven items into a single index score composed of eight items. The PWI-A index demonstrated strong reliability in this sample ($\alpha = .84$, $\omega = .84$).

Analysis

All analyses were completed in JASP (JASP Team, 2020). Hierarchical confirmatory factor analyses were conducted as SEM models using maximum likelihood estimation. In addition to chi-square (χ^2), the following fit indices were used: the comparative fit index (CFI; general cut-off $\geq .90$); the Tucker-Lewis Index (TLI; general cut-off $\geq .90$); Bayesian information criterion (BIC; smaller values indicate better fit); expected cross-validation index (ECVI; smaller values indicate better fit); the root mean square error of approximation (RMSEA; general cut-off $\leq .06$). The BIC and ECVI indices are useful for comparing non-nested models. Interpretations of fit indices follow recommendations by West et al. (2012), including a warning against treating cut-off values as objective standards.

Results

Missing values for the CYRM-28 and PWI-A were minimal (1–3%; see online supplemental materials at <https://osf.io/9hg48/>). Listwise deletion was applied to participants with more than 20% missing data (Peng et al., 2006). The remaining missing values were imputed via the linear trend at point method. Descriptive statistics are shown in Table 2. CYRM-28 index scores were normally distributed (skewness = -0.33 , kurtosis = 0.37), while PWI-A index scores displayed more significant deviation from normality (skewness = -1.27 , kurtosis = 2.06). The data were appropriate for factor analysis, as indicated by the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure, $KMO = .91$, and Bartlett's Test of Sphericity, $\chi^2(378) = 119075.33$, $p < .001$. Model loadings, covariance/residual matrices, and modification indices are available in the online supplemental materials.

¹ The consequences of this are considered in the discussion.

Table 2. Descriptive Statistics for PWI-A and CYRM-21-N Factor Scores

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	Reliability (α/ω)
PWI-A	64.87	12.42	0–80	.84/.84
CYRM-21-N				.85/.85
Belonging	3.51	0.77	1–5	.71/.72
Family	3.67	0.85	1–5	.73/.75
Social Skills	3.89	0.63	1.5–5	.59/.60
Spiritual Context	3.57	0.86	1–5	.64/.66
Cultural Context	4.01	0.72	1–5	.57/.59
Responsibility	3.82	0.72	1–5	.56/.57

Note. CYRM factors shown are from the 21-item scale shown in Table 4

Factor Analyses of the CYRM-28

Three hierarchical confirmatory factor analyses were conducted (CFA; see Table 3). The first CFA (Model A) did not confirm the eight-factor model, $\chi^2(339) = 3491.01$, $p < .001$, CFI = .82, TLI = .80, BIC = 209338.62, ECVI = 1.33, RMSEA (90% CI) = .058 (.057, .060). Next, an exploratory factor analysis using principal component analysis extraction and varimax rotation was conducted. The resulting six factors with eigenvalues above 1.00 were identical to those identified by Chang and Buckles (2018), and as such we retained the factor names they employed: *Belonging*, *Cultural Context*, *Caregiver Context*, *Social Skills*, *Spiritual Context*, and *Responsibility*.

The six-factor model (Model B) fit the data better than the eight-factor model, but still failed to fit adequately, $\chi^2(341) = 3240.77$, $p < .001$, CFI = .84, TLI = .82, BIC = 209072.57, ECVI = 1.24, RMSEA (90% CI) = .056 (.054, .058). Model B was examined in more detail using modification indices, factor loadings, and residuals. The following item pairs showed large covariation unaccounted for in the model: 26 and 27; 5 and 6; 9 and 23. Item loadings for items 1, 4, 7, and 13 fell below .40. An inspection of the residuals suggested that items 3 and 15 were contributing to poor model fit. For these reasons, as well as theoretical reasons expanded upon in the Discussion, items 1, 3, 5, 7, 13, 15, and 26 were removed from the analyses. The remaining items constitute what we call the CYRM-21-N (Nicaragua).

Model B was examined a second time using only the remaining 21 items (Model C; see Table 4). Additional covariances were added, as suggested by MIs for Model B. This involved freeing the covariances between items 9 and 22, 9 and 23, and 14 and 18. The semantic similarity of these items supported this decision on theoretical grounds. Fit for Model C was adequate, $\chi^2(177) = 1182.16$, $p < .001$, CFI = .92, TLI = .91, BIC = 155199.65, ECVI = 0.47, RMSEA (90% CI) = .046 (.043, .048). The BIC and ECVI indices support the superiority of Model C over the two alternatives. We continued to retain the factor names identified by Chang and Buckles (2018), as the factors were thinned but not substantially changed. These factors produced a range of reliability estimates ($\alpha = .56-.73$, $\omega = .57-.75$). Higher reliability estimates were found when combining the 21 remaining items into a composite index score ($\alpha = .85$, $\omega = .85$).

Table 3. Results of the Confirmatory Factor Analyses of the CYMR-28 ($n = 2,727$)

Model ^a	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	BIC	ECVI	RMSEA	95% CI	
								<i>LL</i>	<i>UL</i>
A: 8-Factor^b	3491.01***	339	.82	.80	209338.62	1.33	.058	.057	.060
B: 6-Factor^b	3240.77***	341	.84	.82	209072.57	1.24	.056	.054	.058
C: 6-Factor^c	1182.16***	177	.92	.91	155199.65	0.47	.046	.043	.048

Note. Structural equation modeling was used for the analysis. CFI = comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis Index; BIC = Bayesian information criterion; ECVI = expected cross-validation index; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = confidence interval; *LL* = lower limit; *UL* = upper limit.

^aSee online supplementary materials for model specification details. ^bThese models used the 28-item pool. ^cThis model used the 21-item pool.

*** $p < .001$.

Table 4. Factor Loadings for the CYRM-21-N ($n = 2,727$)

Factors/Items	Factor Loading					
	1	2	3	4	5	6
Belonging						
11. People think that I am fun to be with.	.49					
14. I feel supported by my friends.	.55					
16. I feel I belong at my school.	.67					
18. My friends stand by me during difficult times.	.52					
Cultural Context						
10. I am proud of my ethnic background.		.64				
27. I enjoy my community's traditions.		.58				
28. I am proud to be a citizen of Nicaragua.		.45				
Family						
6. My parent(s)/caregivers(s) know a lot about me.			.62			
12. I talk to my family/caregiver(s) about how I feel.			.57			
17. My family stands by me during difficult times.			.56			
24. I feel safe when I am with my family/caregiver(s).			.71			
Social Skills						
2. I cooperate with people around me.				.43		
4. I know how to behave in different social situations.				.32		
8. I try to finish what I start.				.56		
21. I am aware of my own strengths.				.63		
Spiritual						
9. Spiritual beliefs are a source of strength for me.					.60	
22. I participate in organized religious activities.					.47	
23. I think it is important to serve my community.					.77	
Responsibility						
19. I am treated fairly in my community.						.52
20. I have opportunities to show others that I am becoming an adult and can act responsibly.						.58
25. I have opportunities to develop skills that will be useful later in life (like job skills and skills to care for others).						.54

Notes: Loadings correspond to those from Model C (see Table 3).

Predicting PWI-A from CYRM-21-N Factors

A stepwise linear regression was conducted to predict PWI-A scores from the six resilience factors confirmed in Model C (see Table 5). Resilience predicted 25% of the variance, $F(6, 2673) = 148.03$, $p < .001$. All factors were significant predictors of PWI-A scores except for Responsibility. An examination of the residual plot revealed that the assumption of homoscedasticity was violated. This is likely explained by the PWI-A's ceiling effect.

Table 5. Linear Regression Results for PWI-A Scores Predicted by CYRM-21-N Factors

Variable	B	SE	95% CI for B		β
			LL	UL	
Constant	22.72***	1.56	19.66	25.79	
Belonging	3.35***	0.33	2.70	4.00	.21***
Family	2.42***	0.30	1.84	3.00	.16***
Social Skills	3.11***	0.41	2.31	3.92	.16***
Spiritual Context	1.27***	0.28	0.72	1.81	.09***
Cultural Context	0.68*	0.35	0.01	1.36	.04*
Responsibility	0.56	0.37	-0.16	1.28	.03

Note. CI = confidence interval; LL = lower limit; UL = upper limit. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Discussion

The present study aimed to examine the performance of the CYRM-28 in Nicaraguan youth. A confirmatory factor analysis did not support the eight-factor model from previous research (Liebenberg et al., 2012). An exploratory factor analysis yielded a six-factor model: Social Belonging, Cultural Context, Caregiver Context, Social Skills, Spiritual Context, and Responsibility. However, this model did not adequately explain the covariance structure of the data. After removing several items and reducing the CYRM-28 to a 21-item scale (CYRM-21-N), the model fit was adequate. Furthermore, five of the six factors were significant predictors of SWB.

The removal of seven items was supported empirically by our data analysis. In addition, these choices may be theoretically justified. For instance, Item 13 reads: "I am able to solve problems without harming myself or others (for example by using drugs and/or being violent)." Participants may be misled by the ambiguous wording to think that drugs or violence are examples of solving problems without harming oneself or others, or to think that the question was about whether they use drugs or violence. Additionally, Item 26 reads: "I enjoy my family's/caregiver's cultural and family traditions." Double-barrelled questions like this (e.g., those that ask multiple questions at once) may also be considered confusing to participants.

Features of the CYRM-21-N

The CYRM-21-N factors demonstrated a broad range of reliability estimates that could potentially be considered problematic. That said, reliability estimates have been poorly understood since their conception (Cho & Kim, 2015). Peterson (1994) noted how reliability estimates can be biased by the number of items, particularly when there are fewer than four items on a given scale. Given that each of the six factors in the CYRM-21-N has four or fewer items, the low estimates are not surprising. Furthermore, higher reliability is not necessarily desirable for our purposes. Increased reliability results in a decrease in content validity (Cho and Kim, 2015). Additionally, Boyle (1991) argued that low to moderate reliability is actually beneficial to research involving psychological measurements and diverse cultural settings.

In the present sample, five of the six CYRM-21-N factors predicted SWB. These results, although not causal, are consistent with the argument that resilience may help cultivate and maintain SWB. Recall that SWB is invaluable for promoting positive youth development (Bird & Markle, 2012; Diener et al., 2018). Therefore, the CYRM-21-N may be used to help identify at-risk youth. More specifically, it can help to identify the domains in which they may be lacking the resources to be resilient. This information allows for more personalized intervention strategies, as opposed to a one-size-fits-all approach. Finally, the instrument may also be used to assess the outcomes of resilience-based interventions programs.

The CYRM-21-N has a few advantages over the CYRM-28 for use in Nicaragua. First, its revised factor structure can more accurately be used to differentiate between varying aspects of resilience. Second, the 25% reduction in length will lessen the burden of responding for participants, especially if other measures are administered in conjunction with the CYRM-21-N. Lastly, the removal of difficult-to-understand and poorly performing items increases the validity of the measure for use in Nicaragua. The CYRM-28 have been examined in South Africa (Govender et al., 2017; van Rensburg et al., 2017), Colombia (Montoya et al., 2011), China (Mu & Hu, 2016), New Zealand (Sanders et al., 2017), and Iran (Zand et al., 2016), with many of these countries similarly diverging from the eight-factor model and 28-item structure (see Table 1). This underscores the need to evaluate the psychometric properties of instruments before use in cultures in which they were not initially developed.

Resilience Across Culture

These results, along with the literature, also support the need for culturally-sensitive definitions of resilience as a construct. Factors contributing to resilience differ depending on context and cultural values. In the present study, the factor structure differences that emerged reflected the more collectivist attitude that we would expect to observe in Nicaragua. That is to say, the response pattern in our sample suggests that the participants did not clearly distinguish between personal and community-related domains. Additionally, our results do not support education as a distinct factor. Rather, education is likely tied to other domains of resilience in Nicaragua. For example, Item 16: "I feel I belong at my school," loaded onto the belonging factor.

Understanding resilience in the context of culture is an important step in the intervention process. Nicaragua, for example, faces many challenges associated with lower resilience and well-being (Guillén et al., 2015; Sausner &

Webster, 2016). Some of these challenges include political turmoil, poverty, and natural disaster. Understanding and encouraging the development of resilience in the context of their culture may be an effective method of helping individuals to cope. Increasing resilience could have a beneficial effect on the life satisfaction of the country as well (Temiz & Comert, 2018).

Strengths and Limitations

The present study supports the ongoing movement towards culturally-appropriate definitions of resilience. Our large sample allowed for sophisticated factor analyses, which in turn provided valuable information about the performance of the CYRM-28 in Nicaragua. This revealed a reduced factor structure. Furthermore, an analysis of these reduced factors indicated that they were useful in predicting well-being in our sample, despite the ceiling effect that occurred in our well-being measure. It is possible that a more robust measure of life satisfaction could yield stronger predictive validity. Regardless, future researchers will now benefit from the availability of a culturally-validated instrument for measuring resilience in Nicaragua.

While the sample for this study is large, it is not a comprehensive representation of Nicaraguan youth. For instance, not all Nicaraguan youth attend educational institutions in large municipalities. Additionally, sampling was not random. Future studies should improve in these areas by sampling larger and more diverse populations using stricter methods. Future studies may also benefit from longitudinal designs examining resilience as a process that follows the presence of certain traits, as suggested by Rutter (1990). Identifying and utilizing these processes may make interventions more effective. Finally, our use of a single sample and model re-specification increased the risk of overfitting. Future studies should seek to empirically confirm the factor structure we identified prior to making use of it.

Implications

Moving forward, countries like Nicaragua would benefit from research-based intervention strategies. Additionally, the revised CYRM-21-N may be used to assess intervention outcomes in Nicaragua. Ungar and Liebenberg (2013) recommended that these efforts take context and culture into consideration. Much of the language and attitudes surrounding resilience can unintentionally imply that resilience is an individual responsibility, whereas Ungar and Liebenberg argue that it is a societal and cultural responsibility as well. With this in mind, intervention efforts may be augmented with policy changes as well to help lead the Nicaraguan youth towards a state of greater well-being.

Funding

This project was supported in part by a George Fox University Faculty Grant #GFU2015G11. Special appreciation to Maria Rosalina Melendez Berrios, Claudia Medina, and Arlen Soto, of Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, and Arecey Cardoza of Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua, León for their advice and support.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

- Alfaro, J., Castellá, J., Bedin, L., Abs, D., Casas, F., Valdenegro, B., & Oyarzún, D. (2014). Adaptación del Índice de Bienestar Personal para adolescentes en lengua española y portuguesa [Adaptation of the Personal Well-Being Index for adolescents on Spanish and Portuguese language]. *Universitas Psychologica*, *13*(1), 239-252. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.aibp>
- Amirsardari, M., Fathizadeh, S., Tavousi, M., Garmaroudi, G., & Montazeri, A. (2016). Psychometric properties of International Children and Youth Resilience Measurement (CYRM-28) Scale. *Health Education and Health Promotion (HEHP)*, *4*(1), 15-26. <http://journals.modares.ac.ir/article-5-5447-en.html>
- Bird, J. M., & Markle, R. S. (2012). Subjective well-being in school environments: Promoting positive youth development through evidence-based assessment and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*(1), 61-66. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01127.x>
- Boyle, G. J. (1991). Does item homogeneity indicate internal consistency or item redundancy in psychometric scales? *Personality and Individual Differences*, *12*(3), 291-294. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90115-R](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90115-R)
- Chang, K. B. T., & Buckles, A. A. (2018, April). *Validation and factor structure of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28)*

- among Nicaraguan youth. Poster presented at the Western Psychology Association Convention, Portland, OR.
- Chang, M., Edmiston, E. K., Womer, F. Y., Zhou, Q., Wei, S., Jiang, X., Zhou, Y., Ye, Y., Huang, H., Zuo, X., Xu, K., Tang, Y., & Wang, F. (2019). Spontaneous low-frequency fluctuations in the neural system for emotional perception in major psychiatric disorders: amplitude similarities and differences across frequency bands. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 44*(2), 132-141. <https://doi.org/10.1503%2Fjpn.170226>
- Cho, E., & Kim, S. (2015). Cronbach's coefficient alpha: Well known but poorly understood. *Organizational Research Methods, 18*(2), 207-230. <https://doi.org/10.1177/1094428114555994>
- Cox, K. (2012). Happiness and unhappiness in the developing world: Life satisfaction among sex workers, dump-dwellers, urban poor, and rural peasants in Nicaragua. *Journal of Happiness Studies, 13*(1), 103-128. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9253-y>
- Craig, L. S., Paisley-Clare, V., Palmer, T. A., & Govia, I. O. (2018). Validation of the Child and Youth Resilience Measure among Jamaican young adults: Towards the assessment of risk and resilience in a Caribbean population. *Caribbean Journal of Psychology, 10*(2), 14-40. <https://www.uwipress.com/cjp-vol-10-i2-a1/>
- Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P., & Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) among samples of French Canadian youth. *Child Abuse and Neglect, 37*(2-3), 160-171. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.06.004>
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour, 2*(4), 253-260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to aboriginal research. *Pimatisiwin, 6*(2), 7-23. https://journalindigenousandwellbeing.com/media/2018/10/3_Fleming.pdf
- Govender, K., Cowden, R. G., Asante, K. O., George, G., & Reardon, C. (2017). Validation of the Child and Youth Resilience Measure among South African adolescents. *PLoS ONE, 12*(10), e0185815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185815>
- Guillén, A. I., Panadero, S., Rivas, E., & Vázquez, J. J. (2015). Suicide attempts and stressful life events among female victims of intimate partner violence living in poverty in Nicaragua. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*(3), 349-356. <https://doi.org/10.1111/sjop.12207>
- International Wellbeing Group (2006). *Personal Wellbeing Index*. Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.
- JASP Team (2020). *JASP* (Version 0.12.2) [Computer software]. <https://jasp-stats.org/>
- Kong, F., Ma, X., You, X., & Xiang, Y. (2018). The resilient brain: Psychological resilience mediates the effect of amplitude of low-frequency fluctuations in orbitofrontal cortex on subjective well-being in young healthy adults. *Social Cognitive & Affective Neuroscience, 13*(7), 755-763. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy045>
- Langham, E., McCalman, J., Redman-MacLaren, M., Hunter, E., Wenitong, M., Britton, A., Rutherford, K., Saunders, V., Ungar, M., & Bainbridge, R. (2018). Validation and factor analysis of the Child and Youth Resilience Measure for Indigenous Australian boarding school students. *Frontiers in Public Health, 6*, Article 299. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00299>
- Lau, A. L. D., Cummins, R. A., & McPherson, W. (2005). An investigation into the cross-cultural equivalence of the Personal Wellbeing Index. *Social Indicators Research, 72*(3), 403-430. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-0561-z>
- Li, M.-H., & Yang, Y. (2016). A cross-cultural study on a resilience–stress path model for college students. *Journal of Counseling & Development, 94*(3), 319-332. <https://doi.org/10.1002/jcad.12088>
- Liebenberg, L., & Joubert, N. (2019). A comprehensive review of core resilience elements and indicators: Findings of relevance to children and youth. *International Journal of Child and Adolescent Resilience, 6*(1), 8-18. <https://doi.org/10.7202/1069072ar>
- Liebenberg, L., Ungar, M., & de Vijver, F. V. (2012). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) among Canadian youth. *Research on Social Work Practice, 22*(2), 219-226. <https://doi.org/10.1177/1049731511428619>
- Llistosella, M., Gutiérrez-Rosado, T., Rodríguez-Rey, R., Liebenberg, L., Bejarano, Á., Gómez-Benito, J., & Limonero, J. T. (2019). Adaptation and psychometric properties of the Spanish version of Child and Youth Resilience Measure (CYRM-32). *Frontiers in Psychology, 10*, Article 1410. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01410>
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development, 85*(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Montoya, N., Restrepo, A., Duque, L. F., & Ungar, M. (2011). Predicting resilient adolescents and youths: Validation of a screening test in Colombia. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 34*(4), 167-188. <https://doi.org/10.3109/01460862.2011.619400>
- Mu, G. M., & Hu, Y. (2016). Validation of the Chinese version of the 12-item Child and Youth Resilience Measure. *Children and Youth Services Review, 70*, 332-339. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.09.037>
- Panter-Brick, C., Hadfield, K., Dajani, R., Eggerman, M., Ager, A., & Ungar, M. (2018). Resilience in context: A brief and culturally grounded

- measure for Syrian refugee and Jordanian host-community adolescents. *Child Development*, 89(5), 1803-1820. <https://doi.org/10.1111/cdev.12868>
- Peng, C.-Y. J., Harwell, M., Liou, S.-M., & Ehman, L. H. (2006). Advances in missing data methods and implications for educational research. In S. Sawilowsky (Ed.), *Real data analysis* (pp. 31-78). Information Age Publishing Inc.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Oxford Journals*, 21(2), 381-391. <https://doi.org/10.1086/209405>
- Rodríguez, A., Caldera, T., Kullgren, G., & Renberg, E. (2006). Suicidal expressions among young people in Nicaragua. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 692-697. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0083-x>
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>
- Sanders, J., Munford, R., Thimasarn-Anwar, T., & Liebenberg, L. (2017). Validation of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) on a sample of at-risk New Zealand youth. *Research on Social Work Practice*, 27(7), 827-840. <https://doi.org/10.1177/1049731515614102>
- Sarriera, J. C., Casas, F., Alfaro, J., Bedin, L., Wachholz Strelhow, M. R., Abs, D., Valdenegro, B., García, C., & Gyarzún, D. (2014). Psychometric properties of the Personal Wellbeing Index in Brazilian and Chilean adolescents including spirituality and religion. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 710-719. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427411>
- Sausner, E. B., & Webster, N. (2016). Migration and community resilience in Nicaraguan Afro-Caribbean coastal communities. *Journal of Developing Societies*, 32(4), 484-507. <https://doi.org/10.1177/0169796X16667876>
- Temiz, Z. T., & Comert, I. T. (2018). The relationship between life satisfaction, attachment styles, and psychological resilience in university students. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 31(3), 274-283. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310305>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure. *Journal of Multiple Methods in Research*, 5(2), 126-149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2013). A measure of resilience with contextual sensitivity—The CYRM-28: Exploring the tension between homogeneity and heterogeneity in resilience theory and research. In S. Prince-Embury, & D. H. Saklofske (Eds.), *The Springer series on human exceptionality. Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 245-255). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_18
- van Rensburg, A. C., Theron, L. C., & Ungar, M. (2019). Using the CYRM-28 with South African young people: A factor structure analysis. *Research on Social Work Practice*, 29(1), 93-102. <https://doi.org/10.1177/1049731517710326>
- Villora, B., Larrañaga, E., Yubero, S., Alfaro, A., & Navarro, R. (2020). Relations among poly-bullying victimization, subjective well-being and resilience in a sample of late adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), Article 590. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020590>
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of structural equation modeling* (p. 209-231). The Guilford Press.
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Stevens, D., Ungar, M., & Wekerle, C. (2010). Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(2), 408-420. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9228-y>
- Zand, B. Z., Liebenberg, L., & Shamloo, Z. S. (2016). Validation of the factorial structure of the Child and Youth Resilience Measure for use with Iranian youth. *Child Indicators Research*, 10(3), 797-809. <https://doi.org/10.1007/s12187-016-9412-0>