

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES MICRO-AGRESSIONS VÉCUES PAR LES ADULTES EN ÉMERGENCE AYANT LE
SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE – PROFIL PROFESSIONNEL

PAR

CORALIE BEAULIEU

JUIN 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév. 12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Un énorme merci à tous ceux et celles m'ayant encouragée tout au long de mon cheminement doctoral. Un merci particulier à ma famille et à mon amoureux, Jérôme, de m'avoir permis de poursuivre cet objectif s'étalant sur plusieurs années. Je suis très fière de mon parcours et c'est en partie grâce à vous que j'ai pu le réaliser.

Un grand merci également à ma directrice de recherche, Julie Leclerc, pour m'avoir encouragée dans mes idées et de m'avoir offert des opportunités précieuses de présentation, notamment en Belgique! Je lui en suis très reconnaissante. Merci de m'avoir appuyée et accompagnée pour toutes les étapes du doctorat. Je n'aurais pas pu demander une meilleure directrice de recherche. Merci également à tous et à toutes mes collègues du LETOPE qui m'ont soutenue à travers les différentes étapes du parcours. Un merci spécial à Méliza, Ilana, Marc-André et Lysandre pour votre entraide qui a définitivement contribué à bonifier mon doctorat! Je garderai des souvenirs mémorables de nos moments passés ensemble.

Je tiens aussi à remercier l'Association québécoise du syndrome de la Tourette, ainsi que sa directrice, Nathalie Pételle, pour leur soutien au recrutement dans le cadre de mon projet ainsi que tous les membres qui y ont participé. Il est clair pour moi que l'AQST fait une grande différence dans la vie de ses membres et j'ai été honorée de pouvoir m'impliquer au sein de cette association durant mon parcours doctoral.

Finalement, merci à tous·tes mes ami·es qui ont continué de me demander quand est-ce que j'allais finir mes études. Eh bien voilà c'est bientôt la fin. Merci d'avoir cru en moi! Je ne peux qu'avoir hâte de débiter officiellement mon parcours professionnel de psychologue.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	vi
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 RECENSION DES ÉCRITS.....	4
1.1 Micro-agressions.....	4
1.1.1 Définitions et symptomatologie	4
1.1.2 Répercussions psychosociales des micro-agressions	7
1.1.3 Groupes susceptibles de vivre des micro-agressions	9
1.1.3.1 Personnes ayant des problèmes de santé mentale	11
1.2 Tics et syndrome de Gilles de la Tourette	12
1.2.1 Définitions et symptomatologie	12
1.2.2 Concomitance et difficultés psychosociales associées aux tics	14
1.3 Problématique	16
1.4 Objectifs et hypothèses de recherche.....	17
CHAPITRE 2 NAVIGATING MICROAGGRESSIONS : THE EXPERIENCE OF EMERGING ADULTS WITH TOURETTE SYNDROME.....	18
2.1 Résumé	20
2.2 Abstract.....	21
2.3 Introduction.....	22
2.3.1 Microaggressions	22
2.3.2 Tourette Syndrome	24
2.4 Objectives and Hypotheses.....	25
2.5 Methods	26
2.5.1 Measures	27
2.5.2 Statistical Analyses	28
2.6 Results.....	29
2.7 Discussion.....	32
2.8 Clinical Implications.....	36
2.9 Limitations	37
2.10 Conclusion	38

2.11 Statements and Declarations.....	39
2.12 References.....	40
CHAPITRE 3 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	49
3.1 Résultats qualitatifs supplémentaires.....	55
3.2 Recommandations cliniques	56
3.3 Apports de l’essai	60
3.4 Limites de l’essai	60
3.5 Études futures	62
CONCLUSION	63
ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	64
ANNEXE B CERTIFICATS D’APPROBATION ÉTHIQUE	76
ANNEXE C QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARTICIPANT·ES	80
ANNEXE D PREUVES DE SOUMISSION D’ARTICLE	98
RÉFÉRENCES.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Exemples de tics selon Leclerc et al. (2008) et Leckman et al. (2013).....	13
Table 2.1 Mean Microaggression score and standard deviation for each AMS subscale.....	30
Table 2.2 Matrix Correlation of Variables	30
Table 2.3 Hierarchical regression of tic severity on experienced microaggressions.	31
Table 2.4 Hierarchical regression of experienced microaggressions on quality of life.	31

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AMS	<i>Ableist Microaggressions Scale</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AQST	Association québécoise du syndrome de la Tourette
ATQ	<i>Adult Tic Questionnaire</i>
IP	<i>Internet Protocol</i>
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
LETOPE	Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance
LGBTQ+	Lesbienne, Gai, Bisexuel·e, Trans, Queer et plus
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PedsQL-YA	<i>PedsQL 4.0 – Young Adult Version</i>
SGT	Syndrome de Gilles de la Tourette
TDAH	Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TS	<i>Tourette Syndrome</i>
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Les micro-agressions sont des comportements quotidiens subtils, automatiques et brefs qui envoient des messages dénigrants aux personnes faisant partie d'un groupe marginalisé. Durant la période de l'âge adulte en émergence (16-25 ans), plusieurs changements et nouvelles expériences sont vécus qui peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie (p. ex., commencer les études postsecondaires, avoir un premier emploi, obtenir un permis de conduire, expérimenter des relations amoureuses). Les adultes en émergence ayant le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) présentent des tics moteurs et sonores, ce qui peut les rendre plus à risque de vivre de la discrimination de la part de leur entourage. Ils-elles peuvent également affronter des obstacles supplémentaires en raison des tics tels que choisir de dévoiler ou non le SGT, expliquer ce que sont les tics et faire face à de la stigmatisation de la part d'ami-es ou collègues. La sévérité des tics pourrait également être associée à l'expérience de micro-agressions, puisqu'il a été montré que des tics plus sévères sont associés à une acceptation sociale diminuée. Par ailleurs, plus de micro-agressions rapportées par des individus appartenant à des groupes marginalisés ont été associées avec une diminution de la qualité de vie. Cet essai est le premier à s'intéresser à l'expérience des micro-agressions chez les adultes en émergence ayant le SGT. Les objectifs de l'étude sont : 1) évaluer de façon descriptive l'étendue des micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le SGT; 2) évaluer l'association entre la sévérité des tics et les micro-agressions; 3) évaluer l'association entre les micro-agressions vécues et la qualité de vie. Un total de 65 adultes en émergence ayant le SGT ont rempli des questionnaires en ligne mesurant des données sociodémographiques, la sévérité des tics, les micro-agressions et la qualité de vie. Les résultats de cet essai montrent que 97 % des adultes en émergence ayant le SGT rapportent vivre au moins une forme de micro-agression. Plus la sévérité des tics est élevée, surtout pour les tics sonores, plus des micro-agressions sont rapportées. Plus de micro-agressions rapportées sont également associées à une qualité de vie diminuée. Considérant les défis que doivent relever au quotidien les adultes en émergence ayant le SGT, il est essentiel de considérer ces résultats dans la pratique clinique afin de réduire les effets de la stigmatisation.

Mots clés : syndrome de Gilles de la Tourette, micro-agressions, discrimination, sévérité des tics, qualité de vie, âge adulte en émergence, relations sociales.

INTRODUCTION

Le concept de micro-agression a été proposé pour la première fois par Pierce *et al.* (1977) dans une étude portant sur le racisme dans les publicités commerciales à la télévision. Ces auteur-es¹ ont défini les micro-agressions comme étant des comportements subtils et automatiques qui discriminent un certain groupe. Sue *et al.* (2007) les ont définies en ajoutant que les micro-agressions sont des échanges brefs de tous les jours qui envoient des messages dénigrants aux personnes faisant partie d'un groupe marginalisé. Il est reconnu dans la littérature scientifique que les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent vivre des micro-agressions sous plusieurs thèmes, par exemple, la transmission de stéréotypes ou l'invalidation de leur expérience (Gonzales *et al.*, 2015; Link et Phelan, 2014; Peters *et al.*, 2017). D'autres groupes marginalisés peuvent aussi vivre des micro-agressions, comme les personnes ayant un handicap. Ces micro-agressions peuvent prendre la forme de non-reconnaissance de certains besoins d'accommodation ou de commentaires supposant que la personne exagère sa condition (Bell, 2015; Kattari *et al.*, 2018; Keller et Galgay, 2010).

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble neurodéveloppemental qui consiste en la présence de tics moteurs multiples et d'un ou plusieurs tics sonores qui apparaissent avant l'âge de 18 ans et qui persistent plus d'un an (American Psychiatric Association [APA], 2022). Ce trouble entraîne la manifestation de tics qui peuvent être incompris ou mal interprétés comme étant de la provocation par les autres, ce qui peut rendre les personnes plus susceptibles que celles n'ayant pas le trouble d'être traitées différemment ou de vivre une forme quelconque de discrimination associée à leurs tics (Conelea *et al.*, 2013). La discrimination envers les personnes ayant des tics ou le SGT est bien documentée dans la littérature scientifique; elles peuvent vivre du rejet et se sentir isolées ou moins bien acceptées socialement, ce qu'elles attribuent souvent à leurs tics (Malli *et al.*, 2019; Woods *et al.*, 1999). Cette victimisation peut aussi être vécue de manière plus subtile tout en ayant autant d'effet chez la personne. Par exemple, une personne ayant des tics peut avoir l'impression que les autres la traitent avec supériorité ou en faisant preuve d'une politesse excessive lorsqu'ils-elles s'adressent à elle (Malli *et al.*, 2019). Cette victimisation subtile

¹ Ce texte sera féminisé avec la méthode du point médian, afin de donner une visibilité au féminin (Université du Québec, 2021).

consiste en des micro-agressions, mais aucune étude ne s'est penchée sur le vécu de micro-agressions des personnes ayant le SGT. Il est important de s'intéresser à la discrimination subtile et aux micro-agression, puisque ce type de discrimination mobiliserait davantage les ressources cognitives de l'individu, qui doit constamment analyser ce qui a été reçu, déterminer s'il s'agit bel et bien de discrimination basée sur son statut marginalisé et ensuite discerner les stratégies d'ajustement à utiliser (Salvatore et Shelton, 2007). L'effet cumulatif des micro-agressions et des ressources cognitives supplémentaires à mobiliser pour y réagir est ce qui peut devenir handicapant pour les personnes qui les reçoivent (Sue *et al.*, 2007).

L'expérience des personnes ayant le SGT pourrait s'approcher de celle des personnes ayant un problème de santé mentale ou ayant un handicap. Les types de micro-agressions vécues par cette population sont donc inconnus pour l'instant. Les personnes ayant des tics plus fréquents et intenses seraient possiblement plus à risque de vivre des micro-agressions, car elles sont parfois moins bien acceptées socialement (Conelea *et al.*, 2013; Woods *et al.*, 1999). Cette étude permettra de brosser le portrait des micro-agressions vécues par les personnes ayant le SGT et d'évaluer si elles engendrent des conséquences dans leur vie, par exemple, en étant associées à une diminution de leur qualité de vie. Plus précisément, la présente étude inclura des participant-es à l'âge adulte en émergence, soit entre 16 et 25 ans², afin d'explorer les micro-agressions vécues lors de cette période développementale distincte (Arnett, 2004). En effet, de nouveaux enjeux peuvent être présents à cet âge, puisque les adultes en émergence deviennent plus indépendant-es, ont davantage de responsabilités et jouent un rôle plus actif dans leur propre développement (Zarrett et Eccles, 2006). L'entrée aux études postsecondaires ou sur le marché du travail pourrait générer de nouvelles situations sociales entraînant certains défis pour les adultes en émergence ayant le SGT. Par exemple, ils-elles devront décider de révéler ou non leur trouble, devront expliquer que les tics sont difficiles à contrôler, devront faire face aux préjugés de certain-es collègues ou ami-es, etc.

Cet essai comporte trois chapitres. Le premier présente une recension des écrits portant sur les micro-agressions ainsi que le SGT. Ce chapitre se termine avec la problématique identifiée et les

² À noter que Arnett (2004) identifie l'âge adulte en émergence à partir de 18 ans puisque c'est à cet âge que se terminent les études secondaires aux États-Unis. Les personnes âgées entre 16 et 25 ans seront considérées comme des adultes en émergence dans cet essai afin d'inclure la réalité des jeunes québécois-es qui finissent les études secondaires et doivent faire un choix de carrière plus tôt que leurs pairs américains.

objectifs de cet essai. Le deuxième chapitre présente un article scientifique abordant l'expérience d'adultes en émergence ayant le SGT quant aux micro-agressions. Cet article a été soumis au journal *Trends in Psychology* le 11 février 2025. Le troisième chapitre présente une discussion générale abordant les apports de l'essai, ses limites, des pistes pour de futures études ainsi qu'une conclusion.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS

1.1 Micro-agressions

1.1.1 Définitions et symptomatologie

Le terme micro-agression est publié pour la première fois par Pierce *et al.* (1977) dans une étude portant sur le racisme dans les publicités commerciales à la télévision. Les micro-agressions raciales sont définies comme des comportements discriminatoires racistes qui sont subtils et souvent involontaires. Les micro-agressions discriminent donc un certain groupe et sont présentes dans les interactions quotidiennes (Sue *et al.*, 2007). Elles comportent des messages cachés dénigrants envers la personne ou le groupe discriminé (Sue, 2010a).

Sue *et al.* (2007) ont défini trois formes de micro-agressions : (1) la micro-insulte; (2) la micro-invalidité; (3) la micro-attaque. D'abord, la micro-insulte consiste en des messages discriminants, grossiers ou insensibles rabaissant le patrimoine ou l'identité d'une personne ou d'un groupe. Les micro-insultes sont des rejets subtils qui envoient un message insultant à la personne visée. Elles sont parfois déguisées en compliments ou en commentaires positifs, mais comportent un message caché dénigrant (Sue, 2010a). Dire à une personne qu'elle représente un modèle d'intelligence pour sa culture peut être une micro-insulte, car il est sous-entendu que les personnes de sa culture ne sont pas aussi intelligentes que les personnes appartenant au groupe de l'auteur-e du commentaire. Il s'agirait ici de la micro-insulte de l'attribution de l'intelligence. Selon Sue *et al.* (2007), d'autres exemples de micro-insultes sont : la citoyenneté de deuxième classe (p. ex., une personne noire est ignorée dans un comptoir en magasin alors que l'attention de l'employé-e est dirigée vers une personne blanche derrière elle), la supposition de criminalité (p. ex., une personne noire est suivie dans un magasin par un-e employé-e) ainsi que la pathologisation des valeurs et pratiques culturelles (p. ex., demander à une personne asiatique « Pourquoi es-tu si silencieuse? On veut savoir ce que tu penses, soit plus verbale. »). Une autre forme de micro-agression est la micro-invalidité qui consiste à exclure, nier, ou annuler les sentiments, pensées ou expériences d'une personne ou d'un groupe (Sue *et al.*, 2007). Insister et demander à une personne ayant une apparence différente de la sienne où elle est née est une micro-invalidité, car cela envoie le message qu'il est impossible qu'elle soit née ici. La personne peut ainsi avoir l'impression d'être

une étrangère dans son propre pays. Sue *et al.* (2007) proposent d'autres exemples de micro-invalidations, comme l'indifférence à la couleur (p. ex., dire à une personne « Quand je te regarde, je ne vois pas ta couleur. »), le déni de discrimination individuelle (p. ex., une personne pense qu'elle ne peut pas être raciste, car elle a quelques ami-es noir-es) et le mythe de méritocratie (p. ex., croire que tout le monde peut avoir du succès dans la société, si les efforts nécessaires sont faits). Finalement, il y a la micro-attaque qui consiste en de la discrimination explicite caractérisée par une attaque verbale ou non verbale visant à blesser une personne ou un groupe. Certain-es auteur-es demeurent cependant critiques quant à l'inclusion de la micro-attaque dans la famille des micro-agressions, puisqu'il s'agit de discrimination ouverte et flagrante, où l'émetteur-rice vise consciemment à blesser une autre personne (Garcia et Johnston-Guerrero, 2015; Lilienfeld, 2017; Minikel-Larocque, 2013). Dans ce cas, l'utilisation du préfixe « micro » minimiserait l'ampleur de ces agissements, qui sont différents des autres micro-agressions où l'intention de blesser l'autre n'est pas présente consciemment. Ainsi, dans un souci de clarté, le terme micro-agression utilisé dans le présent essai n'englobera pas la micro-attaque, puisqu'elle sera considérée comme une forme de discrimination flagrante, tel que fait précédemment par Garcia et Johnston-Guerrero (2015) et Minikel-Larocque (2013). Seulement les expériences de micro-invalidations et de micro-insultes seront considérées comme des expériences de micro-agressions.

Le concept de micro-agression est donc en constante évolution, alors que de nouvelles classifications sont proposées par différent-es auteur-es. Torino *et al.* (2018) ont suggéré des dimensions supplémentaires au modèle original de Sue, telles que des micro-agressions personnelles/interpersonnelles ou environnementales, verbales ou non verbales, comportementales ou non comportementales. Mekawi et Todd (2021) ont également proposé qu'il serait bénéfique de passer à un modèle dimensionnel de la catégorisation des micro-agressions afin d'obtenir une compréhension plus approfondie du concept. D'autres auteur-es ont développé leur propre classification afin d'avoir une meilleure compréhension d'un groupe marginalisé particulier. Par exemple, à l'aide de *focus groups*, Keller et Galgay (2010) ont créé un modèle de micro-agressions comportant huit domaines qui concernent spécifiquement les personnes ayant un handicap (déni de l'identité, déni de l'intimité, impuissance, gain secondaire, effet de propagation, condescendance, citoyenneté de seconde classe et désexualisation). Inspiré-es par le modèle de Keller et Galgay, Conover *et al.* (2017) ont développé et validé le questionnaire *Ableist Microaggressions Scale*

(AMS) afin de mesurer les micro-agressions perçues par les personnes ayant un handicap. Une analyse factorielle exploratoire ($n = 559$) ainsi qu'une analyse factorielle confirmatoire ($n = 833$) ont révélé que le modèle le plus puissant comporte quatre domaines : (1) Impuissance, selon lequel les personnes sont perçues comme incompetentes, inutiles, dépendantes ou brisées et incapables de faire quoi que ce soit sans assistance; (2) Minimisation, selon lequel les personnes exagèreraient leurs besoins ou difficultés; (3) Dénier de l'identité, selon lequel les personnes sont réduites aux caractéristiques de leur groupe marginalisé; (4) Ostracisation, selon lequel les personnes sont traitées comme anormales, étranges, inhumaines et ne sont pas considérées comme faisant partie de l'ordre naturel des choses. Il est donc possible de constater que la définition d'une micro-agression, initialement proposée par Sue *et al.* (2007), est en constante évolution, alors que de plus en plus de chercheurs et chercheuses s'y intéressent.

Il peut être intéressant de se questionner sur le rôle de certains traits de personnalité sur la perception de micro-agressions, par exemple, l'affectivité négative. Les personnes ayant plus d'affectivité négative sont davantage insatisfaites, susceptibles et peuvent avoir tendance à insister sur les aspects négatifs d'eux-mêmes et des autres (Watson et Clark, 1984). Il serait intuitif de conclure qu'une plus grande affectivité négative rendrait les gens plus enclins à interpréter des stimuli ambigus comme des micro-agressions. C'est ce que propose l'auteur Lilienfeld (2017). Cependant, d'autres auteur-es spécifient que les micro-agressions sont dépendantes de leur contexte, ce qui rend possible qu'une action soit offensante dans un contexte et acceptable dans une autre (Mekawi et Todd, 2021; Williams, 2020). Par ailleurs, Williams *et al.* (2018) ont étudié le rôle de l'affectivité négative chez un échantillon d'Américains africains et européens ($n = 177$). Leurs résultats ont montré que les Américains africains ne présentent pas plus d'affectivité négative que les Américains européens, bien qu'ils rapportent vivre davantage de micro-agressions. Une plus grande fréquence de micro-agressions rapportées a été identifiée comme prédicteur de psychopathologies (p. ex., stress, anxiété, trauma), surpassant les effets de l'affectivité négative. Ainsi, l'association entre les micro-agressions et les psychopathologies ne peut pas être entièrement expliquée par une affectivité négative plus élevée chez les groupes marginalisés (Williams *et al.*, 2018). De plus, Conover *et al.* (2021) ont étudié les perceptions de micro-agression avec des vignettes neutres et micro-agressives chez un échantillon de personnes ayant un handicap ($n = 144$) et sans handicap ($n = 166$). Leurs résultats ont montré que, plus les personnes ayant un handicap

rapportent vivre des micro-agressions au quotidien, plus elles sont susceptibles de bien identifier une vignette micro-agressive, et moins elles sont susceptibles de mal identifier une vignette neutre comme étant une micro-agression. Par ailleurs, les personnes avec et sans handicap étaient toutes en mesure d'identifier correctement des vignettes micro-agressives, démontrant que les personnes appartenant à un groupe marginalisé ne sont pas plus susceptibles d'identifier une situation neutre comme étant micro-agressive (Conover *et al.*, 2021). Bref, il est donc essentiel de considérer le contexte dans lequel la micro-agression s'est déroulée et la perception de la personne qui l'a vécue afin de pouvoir l'analyser correctement.

Les micro-agressions peuvent être distinguées de la discrimination flagrante par le fait qu'elles sont souvent jugées comme étant involontaires et inconscientes, puisqu'elles peuvent être expliquées par des raisons qui paraissent valides et non biaisées, par exemple, la bonne intention de la personne qui les émet (Sue *et al.*, 2007). En effet, la personne qui émet la micro-agression a souvent l'impression de ne pas être en faute, puisque les préjugés qui sous-tendent la micro-agression sont la plupart du temps inconscients (Sue, 2005, 2010a). Il peut être difficile d'identifier les micro-agressions, mais leur effet cumulatif peut devenir handicapant pour la personne qui les vit (Sue *et al.*, 2007). Selon une étude qualitative comportant 34 participant·es Afro-Américain·es, les victimes de micro-agressions peuvent douter d'elles-mêmes, ressentir de la frustration et vivre de l'isolement (Solórzano *et al.*, 2000). Ainsi, une caractéristique importante qui permet de définir une micro-agression est l'incompatibilité entre l'expérience de l'auteur·e et de la victime (Sue *et al.*, 2007).

1.1.2 Répercussions psychosociales des micro-agressions

Peu importe le type de micro-agression vécue, la personne visée pourrait en ressentir des conséquences pouvant affecter les sphères de fonctionnement physique, émotionnel, cognitif et comportemental (Sue, 2010a). La personne qui vit une micro-agression se trouve en quelque sorte dans une situation sans issue, puisqu'elle peut vivre des conséquences négatives, peu importe sa réaction (Sue *et al.*, 2007). Si la personne ne répond pas à la micro-agression, elle peut avoir l'impression de nier ce qu'elle a vécu, de perdre son intégrité ou de vivre de la frustration intériorisée, ce qui peut engendrer des conséquences physiques et psychologiques (Sue *et al.*, 2007). À l'inverse, si la personne riposte envers l'auteur·e de la micro-agression, elle peut être accusée

d'être trop sensible ou paranoïaque et confirmer certains stéréotypes liés à son statut marginalisé (Sue *et al.*, 2007).

Les micro-agressions peuvent avoir des effets sur la santé, puisque les expériences de discrimination engendrent des réponses de stress physiques et psychologiques (Pascoe et Smart Richman, 2009). Salvatore et Shelton (2007) ont montré que des individus noirs performant moins bien à une tâche cognitive lorsqu'ils sont confrontés à de la discrimination subtile que lorsqu'ils sont confrontés à de la discrimination flagrante (Salvatore et Shelton, 2007). La discrimination subtile, dont les micro-agressions, mobiliserait davantage les ressources cognitives, car l'individu doit constamment déterminer si le comportement consiste réellement en de la discrimination basée sur son statut marginalisé et il doit discerner les stratégies d'ajustement à utiliser (Salvatore et Shelton, 2007). Dans une étude qualitative comportant 10 participant-es ayant un handicap visible, Bell (2015) a rapporté que les personnes victimes de micro-agressions peuvent adopter plusieurs formes de stratégie d'ajustement, par exemple : (1) adopter un comportement social afin de réduire ou minimiser les effets de la stigmatisation, par exemple, être extraverti-e pour se faire des ami-es plus rapidement, éviter les situations qui mettent l'accent sur le handicap; (2) trouver une explication afin de déterminer l'intention de l'auteur-e des micro-agressions; (3) tenter d'éradiquer les mythes en éduquant les autres sur leur situation; (4) utiliser un style de communication particulier, par exemple, être direct-e ou utiliser l'humour; (5) tenter d'ignorer les micro-agressions afin de minimiser l'expérience négative de discrimination. Ainsi, chaque personne peut avoir une réponse unique devant les micro-agressions reçues, mais le choix d'une stratégie à adopter peut demander des ressources cognitives supplémentaires (Sue, 2010a).

Schmitt *et al.* (2014) ont montré dans la réalisation de deux méta-analyses ($N = 144\,246$ et $N = 2640$) que la perception de discrimination, ce qui comprend les micro-agressions, entraîne des conséquences négatives importantes sur le bien-être psychologique et la qualité de vie (p. ex., baisse de l'estime de soi, augmentation des symptômes dépressifs et anxieux, moins bonne satisfaction quant à sa vie, augmentation de l'affect négatif). Cette relation négative entre la perception de discrimination et la qualité de vie est plus forte chez les individus faisant partie d'un groupe marginalisé ($r = -0,24$, $p < 0,05$) que chez ceux appartenant à un groupe privilégié ($r = -0,10$, $p < 0,05$) (Schmitt *et al.*, 2014). En outre, selon la méta-analyse de Jones *et al.* (2016), la

discrimination subtile est au moins autant dommageable que la discrimination flagrante pour la santé physique (p. ex., abus de substance, diminution de l'exercice physique, insatisfaction envers la santé physique) et psychologique (p. ex., augmentation du stress, insatisfaction envers la vie, baisse de l'estime de soi). De plus, les micro-agressions peuvent entraîner des sentiments de frustration (Gonzales *et al.*, 2015), l'intériorisation de sentiments négatifs à l'égard de son identité (Wright et Wegner, 2012) et des difficultés académiques (Lett *et al.*, 2019).

Les micro-agressions peuvent aussi être présentes dans un contexte de relation thérapeutique (Williams *et al.*, 2024), ce qui peut nuire à l'alliance et faire en sorte que la personne ne se sente pas comprise par son ou sa thérapeute (Owen *et al.*, 2010; Sue *et al.*, 2007). Hook *et al.* (2016) ont d'ailleurs montré que les client-es peuvent fréquemment subir de la minimisation (p. ex., minimisation quant à l'importance d'enjeux culturels dans les séances) ou l'expression de stéréotypes de la part de leur thérapeute (p. ex., surestimer ou sous-estimer les forces ou difficultés selon l'appartenance à un certain groupe culturel). La plupart du temps, ces micro-agressions ne sont pas adressées au cours de la thérapie (Owen *et al.*, 2017). Cette situation pourrait contribuer à expliquer pourquoi les personnes appartenant à un groupe marginalisé ont tendance à moins utiliser les services de santé ou interrompre les services en santé mentale prématurément (Williams *et al.*, 2024). Il est important que les thérapeutes soient conscient-es de leurs biais et ouvert-es à la possibilité de commettre une micro-agression même si cela est involontaire. En raison des nombreuses conséquences liées aux micro-agressions nommées ci-dessus, il est important d'accorder autant d'importance à la recherche portant sur les micro-agressions qu'à la recherche portant sur la discrimination flagrante.

1.1.3 Groupes susceptibles de vivre des micro-agressions

Le concept de micro-agression a surtout été étudié auprès des minorités ethniques et culturelles. Cependant, les micro-agressions ont également été étudiées auprès d'autres groupes minoritaires. Plusieurs groupes rapportent vivre des micro-agressions, notamment les femmes (Capodilupo *et al.*, 2010; Miyake, 2018; Owen *et al.*, 2010), les personnes faisant partie des minorités sexuelles ou de genre LGBTQ+ (Nadal *et al.*, 2016; Parr et Howe, 2019; Wright et Wegner, 2012), les personnes ayant un handicap (Bell, 2015; Kattari, 2020; Keller et Galgay, 2010; Lett *et al.*, 2019), les personnes ayant un statut socioéconomique plus faible (O'Hara et Cook, 2018; Smith et

Redington, 2010), les personnes de minorité religieuse (Hodge, 2019; Husain et Howard, 2017; Nadal *et al.*, 2010) et les personnes ayant des problèmes de santé mentale (Gonzales *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2017). Une étude portant sur les troubles neurodéveloppementaux a été recensée, soit celle de Mays (2015) qui a identifié de nouvelles formes de micro-agression vécues spécifiquement par des parents d'enfants ayant le trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Les micro-agressions vécues par ces groupes peuvent être sous des thèmes communs, par exemple, les personnes victimes de racisme ou de discrimination liée à leur santé mentale peuvent vivre des micro-agressions, telles que la présomption d'infériorité ou de dangerosité et être questionnées sur la validité de leur perception de micro-agression (Barber *et al.*, 2019; Sue *et al.*, 2007). Chaque groupe peut aussi faire l'expérience de thèmes de micro-agressions qui lui sont propres, par exemple, les personnes ayant un handicap peuvent être perçues comme étant impuissantes (Robb, 2016) et celles ayant un problème de santé mentale comme étant froides et dépourvues d'émotion (Peters *et al.*, 2017). Cependant, les expériences de micro-agressions ne peuvent parfois pas être catégorisées comme étant basées sur une seule identité (Nadal *et al.*, 2015). En effet, une personne faisant partie de plusieurs groupes marginalisés peut vivre plusieurs types de micro-agressions en raison de l'intersectionnalité des identités (Conover et Israel, 2019; Dimberg *et al.*, 2019; Nadal *et al.*, 2015), ce qui peut accroître le risque de développer de l'oppression internalisée (Nadal *et al.*, 2021). La théorie de l'intersectionnalité nous permet de comprendre comment les conséquences cumulatives des micro-agressions contribuent à l'oppression internalisée (Nadal *et al.*, 2021).

Certaines périodes développementales peuvent aussi rendre les personnes plus à risque de vivre des micro-agressions. Par exemple, Gendron *et al.* (2016) ont montré que les personnes âgées peuvent intérioriser des micro-agressions à force d'en vivre, comme de penser que toutes les personnes âgées ont un fonctionnement ralenti. La période de l'âge adulte en émergence (16-25 ans) est une période développementale distincte de l'adolescence et de l'âge adulte (Arnett, 2004; Syed, 2015; Zarrett et Eccles, 2006), considérant de nombreux événements de vie importants qui se présentent lors de cette période (p. ex., débiter les études postsecondaires, choisir une carrière, expérimenter les relations amoureuses et sexuelles, obtenir plus d'autonomie de la famille). Pour les adultes en émergence, être jeune peut également contribuer à l'intersectionnalité de leur identité, car leurs expériences ne sont pas toujours considérées par les adultes plus âgés (Earl *et al.*, 2017).

La période développementale de l'âge adulte en émergence est ciblée dans cet essai puisque l'adolescence est une période cruciale dans le développement du « cerveau social » (Blakemore, 2008). Ainsi, les adultes en émergence pourraient être davantage en mesure d'identifier correctement les micro-agressions vécues que les adolescent-es, puisque ces dernier-ières sont encore en train de développer les habiletés de métacognition, de cognition sociale et de pensée morale (Cloutier et Drapeau, 2015). Considérant ce qui précède, il est donc possible que les adultes en émergence vivent des micro-agressions en lien avec les expériences de vie uniques à cette période développementale.

1.1.3.1 Personnes ayant des problèmes de santé mentale

Comme mentionné précédemment, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont susceptibles de vivre des micro-agressions. Ces personnes peuvent parfois adopter des comportements qui sont non normatifs, ce qui peut pousser leur entourage à essayer de modifier ce comportement (p. ex., dire à une personne de sortir un peu pour guérir d'une dépression) ou à s'éloigner de ces personnes pour éviter des interactions possiblement inconfortables (Link et Phelan, 2014). Ces stratégies permettent à l'observateur-riche d'éviter les comportements non normatifs de la personne ayant un problème de santé mentale. Ainsi, en adoptant l'une ou l'autre de ces stratégies, une personne peut être l'auteur de micro-agressions.

Dans une étude qualitative, Peters *et al.* (2017) se sont intéressé-es à l'expérience de micro-agressions chez 18 participant-es adultes ayant des problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, trouble obsessionnel compulsif (TOC), trouble bipolaire). Quatre thèmes de micro-agressions ont émergé des résultats : (1) la transmission de stéréotypes (p. ex., dire à la personne qu'elle prétend avoir un problème de santé mentale seulement pour l'attention); (2) l'invalidation de l'expérience (p. ex., dire à la personne qu'elle n'a simplement pas assez de motivation pour s'en sortir); (3) la définition d'une personne par son problème de santé mentale (p. ex., assumer que les traits de personnalité d'une personne sont des symptômes de son problème de santé mentale); (4) la mauvaise utilisation de la terminologie (p. ex., une personne sans TOC mentionne qu'elle a un TOC, car elle aime que les choses soient faites d'une certaine manière). La plupart des participant-es (16 participant-es sur 18) ont mentionné que les auteur-es des micro-agressions étaient des membres de la famille ou des ami-es (Peters *et al.*,

2017). Un tiers des personnes participant à cette étude ont aussi vécu des micro-agressions de la part de spécialistes de la santé.

Dans une étude de la portée (*scoping review*) sur les micro-agressions vécues par les personnes ayant des problèmes de santé mentale ($N = 17$), Barber *et al.* (2019) ont identifié des micro-agressions fréquemment rapportées dans la littérature scientifique, comme la présomption d'infériorité (p. ex., ces personnes sont moins intelligentes), l'invalidation de leur expérience et la citoyenneté de deuxième classe (p. ex., infantiliser). Toutefois, certaines micro-agressions rapportées dans les différentes études semblent uniques aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Parmi celles-ci, on retrouve l'accusation d'être dramatique et de chercher l'attention, l'utilisation de la maladie comme une excuse, le doute de l'existence ou de la sévérité du problème, la définition de la personne par son problème de santé mentale ainsi que la peur ou la honte de la maladie mentale (Barber *et al.*, 2019).

1.2 Tics et syndrome de Gilles de la Tourette

1.2.1 Définitions et symptomatologie

Les troubles neurodéveloppementaux regroupent des pathologies diverses qui se distinguent par des déficits aux plans cognitif, comportemental et sensori-moteur (APA, 2022). Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble neurodéveloppemental classé dans la catégorie des troubles tics (APA, 2022). Le SGT consiste en la présence de tics moteurs multiples et d'un ou plusieurs tics sonores qui apparaissent avant l'âge de 18 ans et qui persistent plus d'un an (APA, 2022). Selon une méta-analyse de Knight *et al.* (2012), la prévalence de ce trouble à l'échelle mondiale est d'environ 0,77 % chez les enfants et de 0,05 % chez les adultes. Les hommes sont davantage touchés que les femmes avec un ratio de 2/1 à 4/1 (APA, 2022).

Les tics sont des mouvements ou vocalisations qui sont soudains, rapides et récurrents (APA, 2022). Ils apparaissent généralement de façon non volontaire et peuvent être réprimés de façon consciente pour des durées de temps variables, mais ils sont généralement perçus comme étant incontrôlables par la personne (APA, 2022; Scahill *et al.*, 1993). Les tics peuvent être sonores ou moteurs et simples ou complexes, comme illustré dans le Tableau 1.1 ci-dessous. Les tics simples n'utilisent

qu'un seul groupe de muscles, alors que les tics complexes utilisent plusieurs groupes de muscles (Robertson, 2011).

Tableau 1.1 Exemples de tics selon Leclerc et al. (2008) et Leckman et al. (2013)

	Tics moteurs	Tics sonores
Tics simples	Mouvements de la bouche, grimaces, clignements des yeux, etc.	Reniflements, raclements de gorge, grognements, bruits aigus, etc.
Tics complexes	Brosser les cheveux par en arrière, mouvements en rotation de la tête et du torse, mouvements des bras et des mains en séquence, etc.	Syllabes, mots, phrases, changements soudains dans le volume ou le rythme des paroles, etc.

Les tics peuvent être plus ou moins présents lors de situations variables et uniques à chaque personne (APA, 2022; Leckman *et al.*, 2013). Ainsi, le SGT présente une hétérogénéité clinique considérable des formes (sonores et moteurs) et de la complexité des tics ainsi que des psychopathologies concomitantes, ce qui crée un patron individuel de la présentation des tics pour chaque individu ayant le SGT (Cavanna *et al.*, 2011; Eapen *et al.*, 2018). Chez environ 10 % à 15 % des gens ayant le SGT, les tics peuvent aussi inclure du contenu inapproprié ou violent autant de façon sonore (coprolalie) que motrice (copropraxie; Leckman *et al.*, 2013; Robertson, 2011). Ce genre de tic a un plus grand potentiel de stigmatisation pour les personnes et leur famille et peut indirectement rendre les personnes plus à risque de vivre des répercussions émotionnelles ou physiques (Leckman *et al.*, 2013).

Les tics sont plus fréquents dans l'enfance et apparaissent souvent entre l'âge de 4 et 6 ans (APA, 2022). La sévérité des tics varie avec le temps, atteignant un pic entre l'âge de 10 et 12 ans, souvent suivi d'une baisse de la sévérité pendant l'adolescence (APA, 2022). Les tics sonores apparaissent généralement après les tics moteurs (Leckman *et al.*, 2013; Robertson, 2011). La sévérité des tics peut demeurer inchangée pour environ 20 % des adultes ayant le SGT (Burd *et al.*, 2001; Groth, 2018). Certains enfants ayant des tics importants vont avoir davantage de contrôle sur leurs tics à l'âge adulte, et parfois vivre une diminution de leur fréquence ou de leur sévérité (Bloch et

Leckman, 2009; Groth, 2018; Pappert *et al.*, 2003). Toutefois, dans une étude longitudinale, Pappert *et al.* (2003) ont montré que, parmi les participant-es adultes ayant déclaré ne plus avoir de tics, la moitié d'entre eux-elles présentaient des perceptions erronées dans l'évaluation de leurs symptômes et présentaient tout de même quelques tics. Ainsi, il est possible qu'à l'âge adulte les tics soient moins observés par la personne en raison d'une certaine habitude. Bien que les tics peuvent parfois se présenter de façon similaire entre les garçons et les filles chez les enfants (Gagnon *et al.*, 2024), certains auteur-es ont observé une sévérité des tics plus grande chez les filles (Girgis *et al.*, 2021). Une sévérité des tics plus élevée lors de l'enfance peut être associée à une sévérité des tics plus élevée des tics en vieillissant (Bloch *et al.*, 2006). Ainsi, les femmes seraient plus à risque de vivre une aggravation des tics et des répercussions associées aux tics à l'âge adulte (Lichter et Finnegan, 2015). Entre 16 et 25 ans, les adultes en émergence ayant le SGT pourraient être confrontés à des obstacles additionnels, tels qu'un changement dans la présentation de leurs tics, devoir choisir s'ils dévoilent leur SGT ou non, devoir expliquer ce que sont les tics, ou vivre de la stigmatisation de la part de leurs collègues ou ami-es.

1.2.2 Concomitance et difficultés psychosociales associées aux tics

En contexte clinique, environ 90 % des patient-es ayant le SGT rencontreraient aussi les critères d'un autre trouble en concomitance (Cavanna *et al.*, 2011; Robertson, 2011). Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), le TOC, la dépression et les troubles de comportement sont les plus fréquemment associés au SGT (APA, 2022; Bloch et Leckman, 2009; Ewbank, 2011; Kadesjo et Gillberg, 2000; Robertson, 2006; Scahill *et al.*, 1993). Chez les personnes ayant le SGT, cette concomitance peut exacerber les difficultés d'estime de soi (Weingarden *et al.*, 2018), du concept de soi (Silvestri *et al.*, 2018) et être associée à un moins bon fonctionnement psychosocial à la fin de l'adolescence (Gorman *et al.*, 2010).

Les tics sont souvent perçus comme étant problématiques et dérangeants. Certain-es auteur-es croient que l'on devrait mettre davantage l'accent sur l'acceptation de vivre avec les tics plutôt que sur l'obligation de les réduire ou les cacher (Bervoets *et al.*, 2023; Coleman et Melia, 2024). En effet, le fait d'accueillir le SGT serait associé avec des sentiments de maîtrise et d'acceptation de soi (Coleman et Melia, 2024). Des pratiques éducatives visant à accompagner les élèves ayant le SGT sont également utilisées par les intervenant-es scolaires, telles que la gestion des tics,

l'adaptation des exigences pédagogiques, la gestion de classe, la gestion de l'organisation, la gestion de l'hyperactivité et de l'opposition, la gestion de l'anxiété et la gestion des crises de colère (Leclerc *et al.*, 2021). Malgré tout, des difficultés quant aux relations sociales et à la stigmatisation sont présentes à l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, démontrant la continuité de la discrimination vécue tout au long de la vie des personnes ayant le SGT. Le SGT peut entraîner des difficultés de fonctionnement pour les enfants et adolescent·es dans les sphères familiales (p. ex., bien s'entendre avec la fratrie), scolaires (p. ex., se concentrer sur son travail) et sociales (p. ex., se faire des ami·es) (Storch *et al.*, 2007). Les jeunes ayant le SGT ont davantage de difficultés à maintenir des relations sociales avec leurs pairs (O'Hare *et al.*, 2015; Wadman *et al.*, 2013). En effet, plus les tics sont sévères, plus les jeunes sont à risque de vivre de la discrimination (Zinner *et al.*, 2012). Ces difficultés sociales ont des répercussions sur leur qualité de vie, celle-ci étant plus faible chez les jeunes ayant le SGT que chez ceux et celles n'ayant pas le SGT (Culter *et al.*, 2009).

Les difficultés psychosociales peuvent persister chez les adultes ayant le SGT. En effet, les difficultés psychologiques et de fonctionnement ainsi que l'insatisfaction à l'égard de la qualité de vie sont plus grandes chez les adultes ayant le SGT que chez la population générale (Conelea *et al.*, 2013; Elstner *et al.*, 2001; Jalenques *et al.*, 2012). Les sphères de la qualité de vie les plus touchées chez les adultes ayant le SGT seraient les activités quotidiennes, la douleur et l'inconfort, ainsi que l'anxiété et la dépression (Müller-Vahl *et al.*, 2010). Selon une étude de Conelea *et al.* (2013), 68 % des 672 participant·es rapportent se sentir anormaux·ales à cause de leurs tics, ce qui peut mener à l'évitement de plusieurs situations sociales. La stigmatisation que peuvent vivre les adultes ayant le SGT dans plusieurs sphères (p. ex., études, vie sociale, transports publics, travail) aurait des répercussions sur leur qualité de vie (Malli et Forrester-Jones, 2022). Plus les tics sont sévères, moins les personnes ayant le SGT sont acceptées socialement et plus elles sont susceptibles de vivre des difficultés psychologiques, comme l'anxiété ou la dépression (Conelea *et al.*, 2013). En revanche, les personnes ayant des tics peuvent avoir des relations sociales positives avec des membres de la famille, des ami·es proches ou des partenaires amoureux·ses (Malli *et al.*, 2019). Ce soutien émotionnel crée un filet de sécurité les aidant à gérer les expériences de discrimination et de stigmatisation.

1.3 Problématique

La précédente revue de la littérature scientifique montre l'importance d'étudier les micro-agressions sur le plan social et clinique. En effet, les micro-agressions ont des répercussions concrètes chez les individus dans les sphères physique, émotionnelle, cognitive et comportementale. Par ailleurs, plusieurs groupes marginalisés vivent des micro-agressions dans leurs interactions quotidiennes, il ne s'agit donc pas d'un phénomène isolé.

Qu'en est-il des personnes ayant le SGT, pourraient-elles aussi vivre des micro-agressions ? Le présent essai sera le premier à examiner cette question. La sévérité des tics pourrait être liée au vécu de micro-agressions, puisqu'il a été montré que plus une personne a des tics sévères, moins elle est acceptée socialement (Conelea *et al.*, 2013; Woods *et al.*, 1999). Ainsi, les tics représentent une composante comportementale importante qui rend les personnes ayant le SGT plus à risque de vivre de la discrimination et des micro-agressions. Il serait aussi intéressant d'étudier quels types de micro-agressions sont vécus par les personnes ayant le SGT. Dans les études portant sur les micro-agressions chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, aucun-e participant-e n'a le SGT (Barber *et al.*, 2019; Gonzales *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2017), mais l'expérience de discrimination de ces personnes pourrait être similaire à ce qui est vécu par les personnes ayant le SGT. Le SGT pourrait aussi générer des micro-agressions qui lui sont propres, comme ont rapporté des parents d'enfants ayant le TSA (Mays, 2015).

Finalement, les adultes en émergence ayant le SGT vivent des changements majeurs et doivent composer avec l'intégration des tics durant cette période qui coïncide avec leur entrée dans de nouvelles institutions (p. ex., études postsecondaires, marché du travail). Les adultes en émergence traversent donc de nouvelles transitions dans divers aspects de leur vie, comme choisir une carrière, s'émanciper de leur famille, obtenir un permis de conduire et explorer les relations amoureuses et sexuelles (Schulenberg *et al.*, 1997). Le vécu de micro-agressions chez les adultes en émergence ayant le SGT pourrait entraîner des conséquences similaires à celles vécues par les personnes ayant des problèmes de santé mentale, comme la diminution de la qualité de vie. Il est nécessaire de cibler les adultes en émergence qui ont le SGT si on souhaite refléter adéquatement leur vécu lors de cette période développementale particulière et, par la suite, offrir des recommandations qui seront adaptées à leur réalité.

1.4 Objectifs et hypothèses de recherche

Le premier objectif consiste à évaluer de façon descriptive l'étendue des micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le SGT. Il est attendu que cette population perçoive des micro-agressions dans leur quotidien.

Le deuxième objectif consiste à évaluer l'association entre la sévérité des tics et les micro-agressions vécues chez les adultes en émergence ayant le SGT. Il est attendu qu'une sévérité plus élevée des tics (mesurée par le nombre, la fréquence et l'intensité des tics) soit associée à plus de micro-agressions rapportées.

Le troisième objectif consiste à évaluer l'association entre les micro-agressions vécues et la qualité de vie des adultes en émergence ayant le SGT. Il est attendu que plus de micro-agressions rapportées soient associées à une qualité de vie diminuée.

CHAPITRE 2
NAVIGATING MICROAGGRESSIONS : THE EXPERIENCE OF EMERGING
ADULTS WITH TOURETTE SYNDROME

Article soumis au Journal of Developmental and Physical Disabilities le 02-09-2024, refusé.

Article soumis au journal Trends in Psychology le 11-02-2025, en attente.

Navigating Microaggressions : The Experience of Emerging Adults with Tourette Syndrome

Authors information

Coralie Beaulieu ^{1,2,3}, Julie B. Leclerc ^{1,2,3}

¹ Université du Québec à Montréal (département de psychologie), Montreal (Quebec), Canada

² CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (centre de recherche Savoirs Partagés), Montreal (Quebec), Canada

³ CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal), Montreal (Quebec), Canada

Contact information of the corresponding author

beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca

2.1 Résumé

Contexte théorique : Les micro-agressions sont définies comme des comportements discriminatoires subtils et quotidiens, dirigés envers les personnes appartenant à un groupe marginalisé. Les adultes en émergence (âgés de 16 à 25 ans tels que définis dans la présente étude) ayant le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) présentent des tics moteurs et sonores, les rendant plus à risque de vivre de la discrimination de la part de leur entourage. Cette étude est la première à évaluer l'expérience de micro-agressions chez cette population. Les objectifs de l'étude sont les suivants : 1) Évaluer de façon descriptive l'étendue des micro-agressions vécues par cette population; 2) Évaluer l'association entre la sévérité des tics et les micro-agressions vécues; 3) Évaluer l'association entre les micro-agressions vécues et la qualité de vie. **Méthode** : Un total de 65 adultes en émergence ayant le SGT ont rempli les questionnaires en ligne mesurant des variables sociodémographiques, la sévérité des tics, les micro-agressions et la qualité de vie. **Résultats** : Les résultats obtenus montrent que les adultes en émergence ayant le SGT vivent des micro-agressions, la minimisation étant le type de plus fréquemment rapporté. Les résultats indiquent que la sévérité des tics (plus précisément la sévérité des tics sonores) est significativement associée aux micro-agressions, et que les micro-agressions sont significativement associées à la qualité de vie. **Conclusion** : Les résultats de la présente étude montrent que les adultes en émergence ayant le SGT vivent des micro-agressions qui sont associées à une qualité de vie diminuée. Considérant les défis que doivent relever au quotidien les adultes en émergence ayant le SGT, il est essentiel de considérer ces résultats dans la pratique clinique afin de réduire les effets de la stigmatisation.

Mots clés : syndrome de Gilles de la Tourette, micro-agressions, discrimination, sévérité des tics, qualité de vie, âge adulte en émergence, relations sociale

2.2 Abstract

Background: Microaggressions are brief hidden slights or insults towards a marginalized group. Emerging adults (defined in the present study as individuals between the ages of 16 and 25) with Tourette Syndrome (TS) manifest motor and vocal tics, which put them at greater risk of experiencing discrimination since these tics are mostly visible. This study is the first to assess the experience of microaggressions in this population. The objectives of this study are to evaluate: 1) the extent of microaggressions experienced by emerging adults with TS; 2) the association between tic severity and microaggressions; 3) the association between microaggressions and quality of life in TS. **Methods:** A total of 65 emerging adults with TS completed online questionnaires measuring sociodemographic variables, tic severity, microaggressions, and quality of life. **Results:** Data gathered showed that emerging adults with TS experienced microaggressions, with minimization being the most common type reported. Results indicated that tic severity (specifically vocal tic severity) was significantly associated with microaggressions, and that the latter was significantly associated with quality of life. **Conclusions:** The results presented in this study showed that emerging adults with TS experienced microaggressions, which was associated with a lower quality of life. Given the specific challenges faced by emerging adults with TS, it will be important to bridge the gap between these findings and clinical practice to help reduce the effects of stigmatization.

Keywords : Tourette Syndrome, microaggressions, discrimination, tic severity, quality of life, emerging adulthood.

2.3 Introduction

2.3.1 Microaggressions

Microaggressions were introduced for the first time by Pierce et al. (1977) in a study unveiling the presence of racism in television commercials. They usually consist of brief hidden slights or insults towards a marginalized group (Sue, 2010a, 2010b; Sue et al., 2007). Microaggressions are observable and independent of intention, meaning that the intention to harm does not need to be present to commit a microaggression (Mekawi & Todd, 2021). An example of a microaggression could be repeatedly asking a person where they are from, as it conveys the message that the person must be from another place. Since Sue's (2007) classification of racist microaggressions, some authors have investigated the experiences of microaggressions among other groups. For example, Conover et al. (2017) developed the Ableist Microaggressions Scale (AMS) to describe microaggression experiences of people with disabilities. Their model revealed four domains: (1) Helplessness, in which people are perceived as incompetent, useless, dependent, broken, and unable to perform any act without assistance; (2) Minimization, in which people exaggerate their needs or difficulties; (3) Denial of personhood, in which a person is reduced to the characteristics of their marginalized group; (4) Otherization, in which people are treated as abnormal, strange, or inhuman, and are not part of the natural order of things.

It could be believed that greater negative affectivity and susceptibility would make people prone to interpret ambiguous stimuli as microaggressions, as hypothesized by Lilienfeld (2017). However, some authors have specified that microaggressions are context-dependent, meaning that an action could be perceived as offensive in a specific context, but acceptable in another (Mekawi & Todd, 2021; Williams, 2020). Additionally, Williams et al. (2018) investigated the role of negative affectivity in a sample of African and European Americans ($n = 177$). Their results demonstrated that African Americans do not present more negative affectivity than European Americans, even if they report experiencing more microaggressions. To further counter Lilienfeld's claims (2017), Conover et al. (2021) investigated the perceptions of microaggressions with neutral and microaggressive vignettes among a sample of people with disabilities ($n = 144$) and people without ($n = 166$). Their results showed that the higher the levels of microaggressions experienced by people with disabilities, the more likely they were to correctly identify a microaggressive vignette, and the less likely they were to wrongly identify a neutral vignette as microaggressive. These

results demonstrated that people identifying with a marginalized group are not more likely to identify a neutral situation as microaggressive (Conover et al., 2021).

Certain developmental periods can add a greater risk of experiencing microaggressions. According to Arnett (2004), emerging adulthood is an essential period of identity development, as important life events take place (e.g., starting college, establishing a career, experiencing romantic and sexual relationships, gaining more autonomy from family). It is therefore possible that the experiences of microaggressions during this developmental period are unique to the challenges and changes that emerging adults encounter.

People experiencing microaggressions may face consequences that affect physical, emotional, cognitive, and behavioral functioning (Sue, 2010a). Moreover, experiencing microaggressions places them in a paradoxical situation (Sue et al., 2007). If the person does not respond, they may deny their negative feelings toward the situation and experience internalized frustration, which can lead to physical and psychological consequences (Sue et al., 2007). On the other hand, if the person retaliates, they could be accused of being paranoid or too sensitive and confirm stereotypes associated with their marginalized status (Sue et al., 2007). This paradoxical situation could partially explain why subtle discrimination mobilizes greater cognitive resources than blatant discrimination. Subtle discrimination can be as detrimental as overt discrimination (Jones et al., 2016), and the perception of discrimination can have detrimental repercussions on psychological well-being and quality of life (Schmitt et al., 2014). Moreover, microaggressions can be an obstacle to treatment when present in a clinical relationship (Hook et al., 2016; Owen et al., 2017; Williams et al., 2024), and could explain why marginalized people tend to underuse healthcare services or discontinue mental health services prematurely (Williams et al., 2024).

It is sometimes difficult to pinpoint which identity a microaggression is based on when a person identifies with multiple marginalized groups, according to intersectionality (Conover & Israel, 2019; Dimberg et al., 2019; Nadal et al., 2015). Intersectionality theory describes how the cumulative consequences of microaggressions worsen and contribute to internalized oppression (Nadal et al., 2021). Indeed, identifying with numerous marginalized identities may increase the likelihood of developing internalized oppression (Nadal et al., 2021). Almost any marginalized group can come across microaggressions, such as women (Capodilupo et al., 2010; Miyake, 2018;

Owen et al., 2010), people from sexual or gender minorities (LGBTQ+; Nadal et al., 2016; Parr & Howe, 2019; Wright & Wegner, 2012), people with disabilities (Bell, 2015; Kattari, 2020; Keller & Galgay, 2010; Lett et al., 2019), people with lower socio-economic status (O'Hara & Cook, 2018; Smith & Redington, 2010), people from religious minorities (Hodge, 2019; Husain & Howard, 2017; Nadal et al., 2010) and people with mental health problems (Gonzales et al., 2015; Peters et al., 2017).

2.3.2 Tourette Syndrome

Tourette syndrome (TS) is classified as a neurodevelopmental tic disorder (American Psychiatric Association [APA], 2022). TS consists of multiple motor tics and at least one vocal tic that may wax and wane in frequency and severity but have persisted for more than a year. The first tic onset should appear before the age of 18. Knight et al. (2012) estimated a worldwide prevalence of TS at 0.77% among children and 0.05% among adults. Males are two to four times more likely than females to be diagnosed with TS (APA, 2022). Tics are sudden, rapid, recurrent, and involuntary movements or vocalizations (e. g., from eye blinking to complex sentences) that can be repressed consciously for varying lengths of time (APA, 2022). However, tics are generally perceived as being non-voluntary (APA, 2022; Scahill et al., 1993). Between 10% and 15% of people with TS will suffer from coprolalia (inappropriate, violent, or socially unacceptable words or phrases) and copropraxia (sexual or taboo gestures; Leckman et al., 2013; Robertson, 2011). This kind of more intense tic has a greater potential to stigmatize individuals and their families and can indirectly put people at greater risk of experiencing emotional or physical consequences (Leckman et al., 2013). First tic onset is generally between the ages of 4 and 6 (APA, 2022). Tic severity fluctuates with time, but usually peaks between the ages of 10 and 12 (APA, 2022). Some people can gain a certain control over their tics during adulthood and can sometimes see a decrease in tic frequency and severity (Bloch & Leckman, 2009; Groth, 2018; Pappert et al., 2003). However, tic severity can remain unchanged among approximately 20% of adults with TS (Burd et al., 2001; Groth, 2018). Even though tic symptoms can be similarly present in boys and girls during childhood (Gagnon et al., 2024), adult females can have a higher likelihood of tic worsening and tic-related impairment (Lichter & Finnegan, 2015). In clinical contexts, approximately 90% of patients with TS live with a concomitant disorder (Cavanna et al., 2011; Robertson, 2011). Between the ages of 16 and 25, emerging adults with TS may also confront additional challenges, such as experiencing changes in

tic symptoms, having to choose whether to disclose TS, explaining what a tic is, and facing the stigmatization of colleagues or friends.

Difficulties in social relationships and stigmatization have been reported in children (Pring et al., 2023; Zinner et al., 2012), adolescents (Lee et al., 2023; Wadman et al., 2013), and adults (Conelea et al., 2013; Malli & Forrester-Jones, 2022), emphasizing the continuity of discrimination in the social sphere throughout life for people living with TS. Quality of life dissatisfaction, and psychological and functional difficulties are greater in adults with TS than in the general population (Conelea et al., 2013; Elstner et al., 2001; Jalenques et al., 2012). These impairments could be explained by the stigmatization that adults with TS experience in several life domains (e. g., education, social life, public transport, employment; Malli & Forrester-Jones, 2022). The greater the tic severity, the less socially accepted adults with TS are, and the more likely they are to experience psychological difficulties such as anxiety or depression (Conelea et al., 2013). Hence, greater tic severity can be associated with more discrimination (Conelea et al., 2013), which can be associated with a diminished quality of life among adults with TS (Malli & Forrester-Jones, 2022). No previous research has investigated perceived microaggressions among a TS population. Since TS is a neurodevelopmental disorder that is relatively noticeable by others, people with TS may experience microaggressions.

2.4 Objectives and Hypotheses

Since tics are often visible or audible, TS can put people at risk of being marginalized or discriminated against. It is also known that emerging adults can come across distinctive challenges and changes during this developmental period. It might be plausible to infer that this group encounters microaggressions in their daily lives. However, no study has previously investigated the experience of microaggressions among individuals with TS. It is important to focus on subtle discrimination and microaggressions, as this type of discrimination would mobilize more of the individual's cognitive resources, as they must constantly analyze what has been received, determine whether it is indeed discrimination based on their marginalized status, and then discern the adjustment strategies to be used (Salvatore and Shelton, 2007). The cumulative effect of microaggressions and the additional cognitive resources required to respond to them is what can

become disabling for those on the receiving end (Sue et al., 2007). The objectives and hypotheses for this study are the following:

1. The first objective is to evaluate the extent of microaggressions experienced by emerging adults with TS. The hypothesis is that emerging adults with TS indeed experience microaggressions.
2. The second objective is to evaluate the association between tic severity and experienced microaggressions in emerging adults with TS. The hypothesis is that greater tic severity will be associated with a greater experience of microaggressions.
3. The third and last objective is to evaluate the association between experienced microaggressions and quality of life in emerging adults with TS. The hypothesis is that a greater experience of microaggressions will be associated with a diminished quality of life.

2.5 Methods

A total of 65 emerging adults with TS completed all questionnaires for this study. Recruitment was conducted between April 6th, 2022, and June 15th, 2024. Inclusion criteria consisted of (i) being between 16 and 25 years old, (ii) meeting the diagnostic criteria for TS on a self-reported basis and (iii) being able to read and write in French or English. The only exclusion criterion was having a diagnosis of autism spectrum disorder or an intellectual disability (on a self-reported basis), given their effect on the person's social and cognitive functioning. This study took place within the *Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance* (LETOPE) in *Université du Québec à Montréal* (UQAM), with the collaboration of the *Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (IUSMM) research center. The local institutional ethics board approved the project (certificate #2022-4731). Recruitment for this study was done entirely online, by sharing French and English recruitment poster internationally among different groups. Several recruitment methods were used: emails were sent to former participants from past studies conducted by LETOPE, associations with community organizations advocating for TS, sharing the recruitment poster among different social networks (e. g., Facebook, Instagram, TikTok, Discord, Reddit), and participating in a podcast which aim was to raise public awareness about TS. When interested, participants could access the online questionnaire by clicking the participation link. Participants could answer the online questionnaire in French or English, at their convenience. The first step in

participation involved reading and signing the consent form, followed by answering questions aiming to verify eligibility criteria (e. g., Are you between 16 and 25 years old? Have you ever had a diagnosis of TS?) Afterward, participants filled out four questionnaires. Most participants completed the questionnaires in approximately 20 to 40 minutes. Once recruitment was completed, a draw of eight \$25 Amazon gift cards was held among participants.

2.5.1 Measures

A Participants' Characteristics Questionnaire was administered to gather further information and describe the sample. This questionnaire contains 16 items on, for example, age, gender, most visible or disturbing tics, medication, and concomitant disorders.

The Adult Tic Questionnaire (ATQ) is a self-reported questionnaire used to measure tic severity, such as number of motor and vocal tics, tic frequency, and intensity (Abramovitch et al., 2015). The ATQ has been validated among individuals 16 years old and over with TS or chronic tics. The French version of the questionnaire was translated for this study using a method of back-translation (Hambleton *et al.*, 2004). To align this questionnaire with the others on microaggressions and quality of life, participants needed to answer this questionnaire thinking of the last month, instead of the last week. The ATQ has excellent internal consistency ($\alpha = 0.91$), very good test-retest reliability ($r = 0.87$), and a strong positive correlation with the Yale Global Tic Severity Scale (Leckman *et al.*, 1989) for the total tic severity score (Abramovitch et al., 2015).

The Ableist Microaggressions Scale (AMS) is a self-reported measure that contains 20 items to measure microaggressions experienced by people living with disabilities (Conover et al., 2017). For each item, participants were asked to indicate the frequency with which microaggressions have been experienced in their lifetime, using a 6-point Likert-type scale ranging from 0 (never) to 5 (very frequently). The French version of the questionnaire was translated for this study using a method of back-translation (Hambleton et al., 2004). Additionally, it was asked of participants to answer thinking of the last month, instead of their lifetime to align this questionnaire with the others in this study. The AMS consists of four subscales: Helplessness, Minimization, Denial of personhood and Otherization and has excellent internal consistency ($\alpha = 0.92$; Conover et al., 2017). The questionnaire was adapted for a TS population by changing the word “disability” to “Tourette

Syndrome” in each item. A qualitative question was also added at the end of the questionnaire where participants had the opportunity to describe their personal experience with microaggressions. This question was not mandatory, and was not officially assessed with qualitative analyses, but could be used in future activities to raise awareness about TS.

The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 – Young Adult Version (PedsQL-YA) was used to measure participants’ self-reported quality of life over the last month (Varni & Limbers, 2009). The PedsQL-YA consists of 23 items adapted for young adults between 18 and 25 years old. The questionnaire includes four subscales: physical functioning, emotional functioning, social functioning, and work/school functioning. In this questionnaire, a higher score translates to higher impairment. The Young Adult Version's items are similar to those in previous PedsQL age versions, with the main difference being developmentally appropriate language. Therefore, the use of this questionnaire should not be a problem for younger participants aged 16 or 17 years old. The PedsQL-YA has very good internal consistency ($\alpha = 0.86$) and good discriminant validity to differentiate between young adults with chronic health problems and healthy young adults (Varni & Limbers, 2009). In a literature review, J.-Nolin and Leclerc (2019) recommended using the PedsQL to measure quality of life in a TS population.

2.5.2 Statistical Analyses

Statistical analyses were conducted with SPSS version 28 software. Descriptive analyses (frequency, mean, and standard deviation) were conducted for the first objective. For the second objective, a hierarchical regression analysis was run for the outcome variable of microaggressions. Control variables of age and country of residence were entered into the regression as step one, and both tic severity for motor and vocal tics were added in the final step of the regression. The country of residence control variable was treated as a binary variable (Canada vs. other countries). For the third objective, a hierarchical regression analysis was run for the outcome variable of quality of life. The same control variables (age, country of residence) were added to the regression in the first step, and experienced microaggressions were added in the final step of the regression. A t-test was used to compare the mean quality of life score across both country of residence groups. The normality assumption of residuals in both regression analyses was assessed with a visual inspection of histograms and verification of skewness and kurtosis coefficients. The significance level for all

analyses was set at $\alpha = 0.05$. With a sample size of 65 participants, it is possible to detect medium-sized effects ($\beta = .35$) with a power of 80%. This power calculation was carried out using Monte Carlo simulations with Mplus software version 8.9 (Muthén & Muthén, 2002).

2.6 Results

A total of 65 participants completed all questionnaires. Participants were aged between 16 and 25 years old ($M = 19.6$ years, $SD = 2.9$ years). Participants were recruited in Canada (43.1%) and internationally (56.9%). Regarding gender identity, 55.4% of participants identified as female, 27.7 % as male, and 17% as other (e. g., non-binary, genderfluid, transgender). The majority of participants (55.4%) indicated being part of the LGBTQ+ community in terms of sexual orientation. As for principal occupation, the majority (60%) of participants indicated being students, 21% indicated working full time, 11% indicated working part-time and 8% listed something else as principal occupation (e. g., unemployed, maternity or sick leave). Most participants (64.6%) identified as having Caucasian/European origins. Concerning concomitant disorders, 90.8% of participants reported at least one concomitant disorder with their TS, the most frequently reported being ADHD (53.8%) and OCD (47.7%).

The first objective was to evaluate the extent of microaggressions experienced by emerging adults with TS, using descriptive statistics. The four AMS questionnaire's subscales were used to describe participants' experience of microaggressions. The total score of microaggressions among our participants varied from 0 to 4.65, on a scale from 0 to 5. The mean microaggression score was 1.51, with a standard deviation of 1.11. Results show that 97% of participants reported having experienced at least one form of microaggressions in the last month. Table 2.1 presents means (M) and standard deviations (SD) of all four AMS subscales and total score (on a scale from 0 to 5). Minimization was the form of microaggression the most frequently experienced by participants. The most endorsed items were: "People express pity for me because I have TS" (30.7% answered 4 or 5), "People minimize TS or suggest that it could be worse" (38.7% answered 4 or 5) and "People stare at me because I have TS" (43.1% answered 4 or 5).

Table 2.1 Mean Microaggression score and standard deviation for each AMS subscale.

AMS	<i>M</i>	<i>SD</i>
Helplessness	1.62	1.21
Minimization	2.49	1.49
Denial of personhood	1.28	1.35
Ostracization	1.16	1.12
Total AMS score	1.51	1.11

Before presenting the results of the second and third objectives, a matrix of correlations between the variables under study is presented in Table 2.2.

Table 2.2 Matrix Correlation of Variables

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Motor tic severity	--					
2. Vocal tic severity	.73***	--				
3. Microaggressions	.31*	.45***	--			
4. Quality of life	.49***	.50***	.63***	--		
5. Age	-.01	.16	-.10	-.10	--	
6. Country of residence	.21	.19	.17	.31	.06	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

The second objective was to evaluate the association between tic severity and experienced microaggressions, using a hierarchical regression analysis. Two control variables were added in the first step of the model (age, country of residence). Motor and vocal tic severity were added in the final step of the regression. The normality assumption of residuals in this regression analysis was respected.

Neither control variable added in step 1 was significantly associated with experienced microaggressions. When vocal and motor tic severity were added in step 2, the model became statistically significant ($p < .001$) and explained 25% of microaggressions' variance. More specifically, vocal tic severity was significantly and positively associated with microaggressions, but motor tic severity was not. Table 2.3 presents the results.

Table 2.3 Hierarchical regression of tic severity on experienced microaggressions.

	R²	ΔR²	F	β
Step 1	.04	.04	1.29	
Age				-.19
Country of residence				.10
Step 2	.25***	.21***	8.30***	
Vocal tic severity				.55**
Motor tic severity				-.13

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

The third objective was to evaluate the association between experienced microaggressions and quality of life, using a hierarchical regression analysis. Two control variables were added in the first step of the model (age, country of residence). Total microaggression score from the AMS was added in the final step of the model. The normality assumption of residuals in this regression analysis was respected.

The first step with control variables explained 11 % of the variance in quality of life. More specifically, country of residence was significantly associated with quality of life, but age was not. Adding total microaggression score in step 2 significantly increased the explained variance of the model to 45 %. A higher microaggression score was associated with a higher quality of life score (meaning more impairment and lower quality of life). Table 2.4 presents the results.

Table 2.4 Hierarchical regression of experienced microaggressions on quality of life.

	R²	ΔR²	F	β
Step 1	.11*	.11*	3.98*	
Age				-.06
Country of residence				.22*
Step 2	.45***	.33***	36.79***	
Total microaggression score				.59***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

For a better understanding of the control variable of country of residence's significance in the model, a *t*-test was conducted to compare the mean quality of life scores across both country of residence groups (Canada vs. other countries). Mean quality of life scores were significantly lower (meaning less impairment and higher quality of life) in the Canada group ($M = 35.5$, $SD = 16.5$) than in the other countries group ($M = 46.4$, $SD = 16.7$; $t(63) = -2.62$, $p = .011$).

2.7 Discussion

The present study was conducted to evaluate the experience of microaggressions among emerging adults with TS. The present body of scientific literature is scarce on the subject, and this project aimed to develop a better understanding of microaggressions experienced in the daily lives of emerging adults with TS. Our analyses demonstrate that this specific population indeed faces discrimination in the form of microaggressions. These findings offer a new viewpoint on the negative social interactions that emerging adults with TS can encounter, and the repercussions on their quality of life.

Results showed that emerging adults with TS face microaggressions in a way that is comparable to people with disabilities. In fact, Conover et al. (2017) found a mean total score of 1.69 on the AMS for people with disabilities, and our results showed a mean of 1.51 for emerging adults with TS. Furthermore, the frequency of each microaggression subscale was experienced in the same way for both groups. Both groups experienced microaggressions in this order of frequency: minimization, helplessness, denial of personhood, and otherization. It is therefore possible to infer that people with disabilities and people with TS encounter microaggressions in a similar way.

Most participants endorsed items in the minimization subscale, indicating that it is the most frequent form of experienced microaggression. TS is a disorder that waxes and wanes, meaning that tics can change, appear, disappear, and come back. This discontinuity in the disorder may appear confusing for people who are not familiar with TS. Therefore, it is possible that emerging adults with TS are mistakenly perceived as being in control of their tics, leading to their needs and experiences being minimized. Additionally, results indicated a great variability in AMS scores among participants. This could mean that the microaggression experience among emerging adults

with TS is not homogeneous, and that some may not experience a lot of microaggressions while others experience them very frequently.

An interesting result was the high number of participants identifying with the LGBTQ+ community (55.4 %) and the high number identifying as female (55.4 %) when compared to TS prevalence (2 to 4 men for 1 woman with TS). Other authors have found similar results in online studies, with women often participating more than men (Blumemberg et al., 2019; Dworkin et al., 2016; Nolte et al., 2015). According to Statistics Canada (2024a), 10.5 % of youth between 15 and 24 identified with the LGBTQ+ community between 2019 and 2021. What was found in our results largely surpassed this number, which leads us to question the representativeness of our sample for emerging adults with TS. It is possible that anonymous participation enabled participants to answer honestly without fear of stigmatization. Fredriksen-Goldsen et al. (2012) also found in a previous study that lesbian, gay, and bisexual adults showed a higher prevalence of physical, mental, or emotional disability, and therefore could partially explain why the majority of our TS sample identifies as LGBTQ+. It could also be possible that our study investigating discrimination against a marginalized group, such as TS, attracted people who were also part of other marginalized groups. Perhaps, people living with intersectionality were more prone to share their experiences of microaggressions.

Our results demonstrated that tic severity was significantly associated with experienced microaggressions. More specifically, vocal tic severity was significantly associated with microaggressions, but not motor tic severity. This association could be explained by vocal tics being harder to conceal or more noticeable by others, therefore generating more microaggressions. Microaggressions can also be experienced by adults who stutter (Coalson et al., 2022), perhaps indicating that language accessibility could be a key component in social acceptance. These results support Kattari's findings (2020) that visibility or perceptibility of the difference is associated with a higher prevalence of experienced microaggressions.

Tic severity has also been associated with a lower quality of life in children with TS (Culter et al., 2009; J.-Nolin & Leclerc, 2021). Would it be possible that experienced microaggressions act as a moderator or mediator between the association of tic severity with quality of life in emerging adults? It would be interesting to investigate this hypothesis in future studies. Our results indicated an

association between experienced microaggressions and quality of life in emerging adults with TS. These results support scientific literature's findings that discrimination against adults with TS occurs and is linked to a lower quality of life (Malli & Forrester-Jones, 2022). Facing microaggressions has been associated with internalizing problems, such as anxiety and depression (Lui & Quezada, 2019), which could explain the impact of microaggressions on quality of life. The social sphere is particularly important for adolescents, even though social stigma is pervasive in this period for youth with TS (Atkinson-Clement et al., 2022). During emerging adulthood, the social sphere is just as present and important, especially given the new social relationships created in college or on the job market. According to qualitative studies conducted with emerging adults with various mental health difficulties (e.g., neurodevelopmental disorders, anxiety and depressive symptoms), this developmental phase may coincide with greater self-esteem and social inclusion (Lunde, 2019), but may also coincide with social exclusion as well as feelings of being different and worthless (Nord-Baade et al., 2025). According to Arnett (2004), emerging adulthood is a period marked by instability and identity exploration. As such, the experiences of this age group may be unique to each individual. Furthermore, emerging adults typically tend to pursue higher education (Arnett, 2004), which enables them to further develop critical consciousness. The development of critical consciousness enables awareness of social inequities, their history and outcomes (Watts et al., 2003). It might therefore be plausible that microaggressions would be favored by emerging adults to the detriment of blatant discrimination, revealing more unconscious prejudices. Experiencing negative social experiences, such as microaggressions, in this crucial developmental period may affect the social development of emerging adults, which could in turn lower their quality of life. These outcomes may help to explain why people with TS appear to have a lower quality of life than the general population (Jalenques et al., 2012). Moreover, it would be interesting in future research to investigate other marginalized groups' experiences of microaggressions with the AMS questionnaire to be able to compare our results and Conover's (2017) to a larger population.

Our results also indicated that the country of residence (Canada vs. other countries) explained a significant part of the quality of life's variance. More specifically, they showed that living in a country outside of Canada was associated with a lower quality of life. In 2024, 48.6 % of Canadians reported high life satisfaction, and the number increases when looking at the province of Quebec

(where the majority of our Canadian participants were recruited) with 58.2 % reporting high life satisfaction (Statistics Canada, 2024b). It is therefore possible that our Canadian participants generally have a good quality of life, and that it impacted our results. Nonetheless, when adding the microaggression score in our regression model, it significantly contributed to quality of life variance (an additional 33% of explained variance) in our participants, regardless of country of residence.

At the end of the AMS questionnaire, participants had the opportunity to share personal experiences with microaggressions if they desired. Even though this qualitative question was not formally analyzed, many participants reported important and insightful experiences. Participants reported experiences of microaggressions of all types (minimization, helplessness, denial of personhood, otherization). Most of them revealed receiving microaggressions from peers, colleagues, friends, parents, and authority figures (e. g., teachers, healthcare professionals). These excerpts reveal that there is still work to be done as microaggressions are perpetrated by healthcare professionals, who should adopt a welcoming rather than a stigmatizing stance. Minimization seemed to be recurring for our participants as many received comments from others who do not believe they have TS, that they are faking it, or that they could control their tics if they wanted to. Many of them also reported that others often imitated or copied their tics as well as making jokes about it, which can be fine at first, but becomes tiring when it is recurrent. This aligns with previous claims in the scientific literature that the cumulative effect of microaggressions can be devastating, even if each event taken individually appears “minor” for the perpetrator (Solórzano et al., 2000; Sue et al., 2007). A few also received comments referring to swearing, such as being asked if they swear when disclosing TS or receiving jokes about it. Even if coprolalia affects only between 10 and 15% of people with TS (Leckman et al., 2013; Robertson, 2011), it is often one of the first stereotypes portrayed in popular culture (e. g., films, television) when depicting TS (Calder-Sprackman et al., 2014), which can lead to a misunderstanding of what TS really is. This misleading representation that coprolalia must be a key symptom of TS could play a role in why microaggressions are received by our participants. Hence, to reduce microaggressions and misunderstanding, TS should be correctly portrayed in the media, and we should aim to educate the general population about this disorder.

2.8 Clinical Implications

The present project can be useful for clinical practice with emerging adults with TS. Some authors suggest that what may truly help this population is interventions that go beyond tic management and instead address the psychological implications of living with TS (Bervoets et al., 2023; Coleman & Melia, 2024). Interventions related to the experience of microaggressions could then be prioritized and could also be used with a broader population. First, healthcare professionals and other authority figures should educate themselves about the particularities of their clientele (e. g., TS, LGBTQ+, cultures, identities), rather than relying on others to educate them. As professionals, it is our role to learn about our clientele to avoid transmitting stereotypes through microaggressions. It is important to remain open to the possibility of committing microaggressions. We need to be aware of our own internalized attitudes and biases, taking responsibility and apologizing if a microaggression occurs (Nadal et al., 2012). Not addressing a committed microaggression can have a negative impact on the working alliance (Owen et al., 2017; Owen et al., 2010; Williams et al., 2024).

Secondly, this study's results supported the fact that marginalized groups have their experiences minimized frequently. Thus, it is essential to validate and believe a person when they confide in having experienced microaggressions. When receiving a disclosure, the first instinct could be to provide reassurance that it could have been worse or to normalize what happened. However, questioning their perception (e. g., saying that the perpetrator probably had good intentions) can be invalidating and only add another layer to the negative consequences associated with microaggressions, since they are being minimized all over again. Even if an experience appears minor from an outside perspective, the best approach is to validate the person's feelings and offer to listen without judgement. People experiencing microaggressions should have a safe space to talk about them instead of repressing and internalizing negative emotions (Nadal et al., 2012). Additionally, microaggressions are often carried out by family members, and in some cases, it could be helpful to think about a family intervention to address microaggressions (Barber et al., 2019).

Finally, it is important to monitor the effects of microaggressions on young people. Adolescence and emerging adulthood are crucial periods for identity and self-esteem development. Offering

support for our youth and validating their experiences can reduce the impact of microaggressions (Barber et al., 2019). Interventions that focus on self-esteem and positive identity development can be considered with this population (Barber et al., 2019; Nadal et al., 2012). It is essential to continue to challenge systemic and environmental microaggressions through prevention and awareness-raising among young people and their families. Furthermore, since TS is currently a little-known disorder, awareness-raising about both microaggressions and TS is necessary.

2.9 Limitations

This study involved the exploration of two understudied themes: microaggressions and TS. Despite its innovative nature, this study does have some limitations. First, the generalizability of our findings is limited due to the nature of our sample: (1) a small sample size ($n = 65$); (2) an uneven gender distribution when compared to TS prevalence (36 identified as female, 18 as male); (3) a high number of participants identifying with a gender ($n = 11$) or sexual orientation ($n = 36$) minority. Nonetheless, we can question if our sample is representative of the targeted population. Second, this study used entirely online questionnaires. Although it is easy to use and facilitates recruitment on a larger scale, certain biases can be associated with online recruitment (e.g., enhanced participation from people who are interested in the subject, sampling bias using social media; Andrade, 2020). A high attrition rate was also observed with online questionnaires. Many participants stopped answering questions mid-progress in a way that appeared random. This phenomenon is not new, and Hoerger (2010) even suggested expecting at least a 10% dropout in participants when conducting online surveys. Attrition in online research can be explained by numerous factors, such as ease of enrolment and dropout, usability and interface issues, perceived advantages in completing the survey, workload and time required, external events, and more (Eysenbach, 2005). Furthermore, country of residence was not directly questioned, since the information was gathered via Internet Protocol (IP) addresses (a unique identification number assigned to a device connected to the Internet). An IP address in a given location does not necessarily mean that the person resides there. Caution must therefore be used with interpretation of these results.

2.10 Conclusion

In conclusion, the present study aimed to explore the experience of emerging adults with TS regarding microaggressions. Results revealed an association between tic severity, specifically vocal tic severity, and the experience of microaggressions in our sample. An association was also found between microaggressions and quality of life. These results confirm that emerging adults with TS are a marginalized group that experiences microaggressions in a way that is similar to other marginalized groups. Therefore, this study supports the need for prevention and awareness-raising about microaggressions and TS to reduce negative repercussions in this population's lives.

2.11 Statements and Declarations

Funding. The authors did not receive support from any organization for the submitted work.

Conflicts of Interest. The authors have no conflicts of interest to declare that are relevant to the content of this article. All authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.

Ethics Approval. This study was conducted in line with the principles of the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Ethics Board of the *Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (#2022-2887; date of approval: 2022-03-24) and of the *Université du Québec à Montréal* (#2022-4731; date of approval: 2022-04-05).

Consent to Participate. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Participants took part in the study anonymously and consented to the publication of their anonymous information.

2.12 References

- Abramovitch, A., Reese, H., Woods, D. W., Peterson, A., Deckersbach, T., Piacentini, J., Scahill, L., & Wilhelm, S. (2015). Psychometric properties of a self-report instrument for the assessment of tic severity in adults with tic disorders. *Behavior Therapy*, 46(6), 786-796. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.06.002>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5-TR* (5-TR ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andrade, C. (2020). The limitations of online surveys. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6), 575-576. <https://doi.org/10.1177/0253717620957496>
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Atkinson-Clement, C., Duflot, M., Lastennet, E., Patsalides, L., Wasserman, E., Sartoris, T.-M., Tarrano, C., Rosso, C., Burbaud, P., Deniau, E., Czernecki, V., Roze, E., Hartmann, A., & Worbe, Y. (2022). How does Tourette syndrome impact adolescents' daily living? A text mining study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02116-1>
- Barber, S., Gronholm, P. C., Ahuja, S., Rüsch, N., & Thornicroft, G. (2019). Microaggressions towards people affected by mental health problems: A scoping review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000763>
- Bell, A. K. (2015). *Nothing about us without us: A qualitative investigation of the experiences of being a target of ableist microaggressions*. (publication no 3620204) [dissertation, John F. Kennedy University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Bervoets, J., Beljaars, D., & De Jaegher, H. (2023). Letting Tourette's be: The importance of understanding lived experience in research and the clinic. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(11), 1422-1428. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15545>
- Bloch, M. H., & Leckman, J. F. (2009). Clinical course of Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 497-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.002>
- Blumemberg, C., Menezes, A. M. B., Gonçalves, H., Assunção, M. C. F., Wehrmeister, F. C., & Barros, A. J. D. (2019). How different online recruitment methods impact on recruitment rates for the web-based coortesnaweb project: A randomised trial. *BMC Medical Research Methodology*, 19(127). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0767-z>

- Burd, L., Kerbeshian, J., Barth, A., Klug, M. G., Avery, K., & Benz, B. (2001). Long-term follow-up of an epidemiologically defined cohort of patients with Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 16(6), 431-437. <https://doi.org/10.1177/088307380101600609>
- Calder-Sprackman, S., Sutherland, S., & Doja, A. (2014). The portrayal of Tourette Syndrome in film and television. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 41(2), 226-232. <https://doi.org/10.1017/S0317167100016620>
- Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., Corman, L., Hamit, S., Lyons, O. B., & Weinberg, A. (2010). The manifestation of gender microaggressions. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 193-213). John Wiley & Sons, Inc.
- Cavanna, A. E., Critchley, H. D., Orth, M., Stern, J. S., Young, M.-B., & Robertson, M. M. (2011). Dissecting the Gilles de la Tourette spectrum: A factor analytic study on 639 patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(12), 1320-1323. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.225029>
- Coalson, G. A., Crawford, A., Treleaven, S. B., Byrd, C. T., Davis, L., Dang, L., Edgerly, J., & Turk, A. (2022). Microaggression and the adult stuttering experience. *Journal of Communication Disorders*, 95, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106180>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coleman, J., & Melia, Y. (2024). Me, my tics and I: An exploration of self-identity and its implications for psychological wellbeing in young women with Tourette's syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(2), 367-389. <https://doi.org/10.1007/s10882-023-09911-x>
- Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C. L., Murphy, T. K., Scahill, L. D., Compton, S. N., & Walkup, J. T. (2013). The impact of Tourette Syndrome in adults: Results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 110-120. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9465-y>
- Conover, K. J., Acosta, V. M., & Bokoch, R. (2021). Perceptions of ableist microaggressions among target and nontarget groups. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 565-575. <https://doi.org/10.1037/rep0000404>
- Conover, K. J., & Israel, T. (2019). Microaggressions and social support among sexual minorities with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 64(2), 167-178. <https://doi.org/10.1037/rep0000250>

- Conover, K. J., Israel, T., & Nylund-Gibson, K. (2017). Development and validation of the Ableist Microaggressions Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 570-599. <https://doi.org/10.1177/0011000017715317>
- Culter, D., Murphy, T., Gilmour, J., & Heymann, I. (2009). The quality of life of young people with Tourette syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 34(4), 496-504. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00983.x>
- Dimberg, S. K., Clark, D. A., Spanierman, L. B., & VanDaalen, R. A. (2019). ‘School shouldn’t be something you have to survive’: Queer women’s experiences with microaggressions at a Canadian university. *Journal of Homosexuality*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1661729>
- Dworkin, J., Hessel, H., Gliske, K., & Rudi, J. H. (2016). A comparison of three online recruitment strategies for engaging parents. *Family Relations*, 65(4), 550-561. <https://doi.org/10.1111/fare.12206>
- Elstner, K., Selai, C. E., Trimble, M. R., & Robertson, M. M. (2001). Quality of life (QOL) of patients with Gilles de la Tourette’s syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 52-59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00147.x>
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11. <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e11>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., & Barkan, S. E. (2012). Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: Disparities in prevalence and risk. *American Journal of Public Health*, 102(1), e16-e21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300379>
- Gagnon, M., Singer, I., Morand-Beaulieu, S., O’Connor, K. P., Gauthier, B., Woods, D. W., Blanchet, P., Lavoie, M. E., & Leclerc, J. B. (2024). Sex differences in youth with chronic tic disorder and Tourette syndrome: Evaluation of tic severity, psychological profiles, and quality of life. *Journal of Clinical Medicine*, 13(9), 2477. <https://doi.org/10.3390/jcm13092477>
- Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L., & Yanos, P. T. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 234-241. <https://doi.org/10.1037/prj0000096>
- Groth, C. (2018). Tourette syndrome in a longitudinal perspective. *Danish Medical Journal*, 65(4), 1-25. https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2018-08/b5465.pdf
- Hambleton, R. K., Merenda, P., & Spielberg, C. (2004). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Lawrence Erlbaum.

- Hodge, D. R. (2019). Spiritual microaggressions: Understanding the subtle messages that foster religious discrimination. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15313204.2018.1555501>
- Hoerger, M. (2010). Participant dropout as a function of survey length in Internet-mediated university studies: Implications for study design and voluntary participation in psychological research. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(6), 697-700. <https://doi.org/10.1089=cyber.2009.0445>
- Hook, J. N., Farrell, J. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., Van Tongeren, D. R., & Utsey, S. O. (2016). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 269-277. <https://doi.org/10.1037/cou0000114>
- Husain, A., & Howard, S. (2017). Religious microaggressions: A case study of Muslim Americans. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 26(1-2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1269710>
- J.-Nolin, G., & Leclerc, J. B. (2019). La mesure de la qualité de vie : nouvel horizon dans l'évaluation des traitements des enfants présentant un syndrome de Gilles de la Tourette. *Revue de psychoéducation*, 48(2), 373-396. <https://doi.org/10.7202/1066148ar>
- J.-Nolin, G., & Leclerc, J. B. (2021). La qualité de vie d'enfants avec le syndrome de Gilles de la Tourette [The quality of life of children with Tourette disorder]. *Revue québécoise de psychologie*, 42(1), 171-194. <https://doi.org/10.7202/1078922ar>
- Jalenques, I., Galland, F., Malet, L., Morand, D., Legrand, G., Auclair, C., Hartmann, A., Derost, P., & Durif, F. (2012). Quality of life in adults with Gilles de la Tourette syndrome. *BMC Psychiatry*, 12(109), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-109>
- Jones, K. P., Peddie, C. I., Gilrane, V. L., King, E. B., & Gray, A. L. (2016). Not so subtle: A meta-analytic investigation of the correlates of subtle and overt discrimination. *Journal of Management*, 42(6), 1588-1613. <https://doi.org/10.1177/0149206313506466>
- Kattari, S. K. (2020). Ableist microaggressions and the mental health of disabled adults. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1170-1179. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00615-6>
- Keller, R. M., & Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 241-267). John Wiley & Sons, Inc.
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N., & Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>

- Leckman, J. F., Bloch, M. H., Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., & King, R. A. (2013). Phenomenology of tics and sensory urges: The self under siege. In D. Martino & J. F. Leckman (Eds.), *Tourette syndrome* (pp. 3-25). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199796267.003.0001>
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J., & Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: Initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573. <https://doi.org/10.1097/00004583-198907000-00015>
- Lee, M.-H., Wang, H.-S., & Chen, C.-J. (2023). Psychosocial experiences in youth with Tourette syndrome: A systematic review and meta-synthesis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02339-w>
- Lett, K., Tamaian, A., & Klest, B. (2019). Impact of ableist microaggressions on university students with self-identified disabilities. *Disability & Society*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1680344>
- Lichter, D. G., & Finnegan, S. G. (2015). Influence of gender on Tourette syndrome beyond adolescence. *European Psychiatry*, 30(2), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.003>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Microaggressions: Strong claims, inadequate evidence. *Perspectives on Psychological Science*, 12(1), 138-169. <https://doi.org/10.1177/1745691616659391>
- Lui, P. P., & Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological Bulletin*, 145(1), 45-78. <https://doi.org/10.1037/bul0000172>
- Lunde, A. (2019). *Lived social experiences of young adults with Tourette Syndrome comorbid with ADHD*. (publication no 13900628) [dissertation, Grand Canyon University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Malli, M. A., & Forrester-Jones, R. (2022). Stigma and adults with Tourette's syndrome : « Never laugh at other people's disabilities, unless they have Tourette's - Because how can you not? ». *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 34, 871-897. <https://doi.org/10.1007/s10882-021-09829-2>
- Mekawi, Y., & Todd, N. R. (2021). Focusing the lens to see more clearly: Overcoming definitional challenges and identifying new directions in racial microaggressions research. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 972-990. <https://doi.org/10.1177/1745691621995181>

- Miyake, E. (2018). *Female Microaggressions Scale (FeMS): A comprehensive sexism scale*. (publication no 10846208) [dissertation, Arizona State University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2002). How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power, structural equation modeling. *A Multidisciplinary Journal*, 9(4), 599-620.
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., Wong, Y., Marshall, D., & McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality and religion. *Qualitative Psychology*, 2(2), 147-163. <https://doi.org/10.1037/qup0000026>
- Nadal, K. L., Issa, M.-A., Griffin, K. E., Hamit, S., & Lyons, O. B. (2010). Religious microaggressions in the United States: Mental health implications for religious minority groups. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 287-310). John Wiley & Sons, Inc.
- Nadal, K. L., King, R., Sissoko, D. R. G., Floyd, N., & Hines, D. (2021). The legacies of systemic and internalized oppression: Experiences of microaggressions, imposter phenomenon, and stereotype threat on historically marginalized groups. *New Ideas in Psychology*, 63(Article 100895). <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2021.100895>
- Nadal, K. L., Vigilia Escobar, K. M., Prado, G. T., David, E. J. R., & Haynes, K. (2012). Racial microaggressions and the Filipino American experience: Recommendations for counseling and development. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 40(3), 156-173. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2012.00015.x>
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- Nolte, M. T., Shauver, M. J., & Chung, K. C. (2015). Analysis of four recruitment methods for obtaining normative data through a Web-based questionnaire: A pilot study. *Hand*, 10(3), 529-534. <https://doi.org/10.1007/s11552-014-9730-y>
- Nord-Baade, S., Ness, O., Rowe, M., Bergsve Jensen, C., & Landheim, A. (2025). “I’ve always felt like I’m on the outside”: Identity and social inclusion among young adults with mental illness and complex needs – a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 20(1), 2433320. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2433320>

- O'Hara, C., & Cook, J. M. (2018). Doctoral-level counseling students' experiences of social class microaggressions. *Counselor Education and Supervision*, 57(4), 255-270. <https://doi.org/10.1002/ceas.12115>
- Owen, J., Drinane, J., Tao, K. W., Adelson, J. L., Hook, J. N., Davis, D., & Fookune, N. (2017). Racial/ethnic disparities in client unilateral termination: The role of therapists' cultural comfort. *Psychotherapy Research*, 27(1), 102-111. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1078517>
- Owen, J. O., Tao, K., & Rodolfa, E. (2010). Microaggressions and women in short-term psychotherapy: Initial evidence. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 923-946. <https://doi.org/10.1177/0011000010376093>
- Pappert, E. J., Goetz, C. G., Louis, E. D., Blasucci, L., & Leurgans, S. (2003). Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, 61(7), 936-940. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000086370.10186.7c>
- Parr, N. J., & Howe, B. G. (2019). Heterogeneity of transgender identity nonaffirmation microaggressions and their association with depression symptoms and suicidality among transgender persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(4), 461-474. <https://doi.org/10.1037/sgd0000347>
- Peters, H. J., Schwenk, H. N., Ahlstrom, Z. R., & McIalwain, L. N. (2017). Microaggressions: The experience of individuals with mental illness. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 86-112. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1164666>
- Pierce, C. M., Carew, J. V., Pierce-Gonzales, D., & Wills, D. (1977). An experiment in racism TV commercials. *Education and Urban Society*, 10(1), 61-87. <https://doi.org/10.1177/001312457701000105>
- Pring, K., Malli, M., Hardy, B. W., Rapp, S. R., Storch, E. A., Mink, J. W., & Martindale, J. M. (2023). Reframing stigma in Tourette syndrome: An updated scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02332-3>
- Robertson, M. M. (2011). Gilles de la Tourette syndrome: The complexities of phenotype and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 72(2), 100-107. <https://doi.org/10.12968/hmed.2011.72.2.100>
- Scahill, L., Ort, S. I., & Hardin, M. T. (1993). Tourette's Syndrome, part I: Definition and diagnosis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(4), 203-208. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(93\)90028-u](https://doi.org/10.1016/0883-9417(93)90028-u)

- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 921-948. <https://doi.org/10.1037/a0035754>
- Smith, L., & Redington, R. M. (2010). Class dismissed: Making the case for the study of classist microaggressions. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 269-285). John Wiley & Sons, Inc.
- Solórzano, D., Ceja, M., & Yosso, T. (2000). Critical race theory, racial microaggressions, and campus racial climate: The experiences of African American college students. *Journal of Negro Education*, 69(1-2), 60-73.
- Statistics Canada. (2024a, January 25). *Socioeconomic profile of the 2SLGBTQ+ population aged 15 and older, 2019 to 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240125/dq240125b-eng.htm>
- Statistics Canada. (2024b, May 16). *Life satisfaction by gender and province*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310084301>
- Sue, D. W. (2010a). *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics and impact*. John Wiley & Sons, Inc.
- Sue, D. W. (2010b). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. John Wiley & Sons, Inc.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Varni, J. W., & Limbers, C. A. (2009). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 611-622. <https://doi.org/10.1177/1359105309103580>
- Wadman, R., Tischler, V., & Jackson, G. M. (2013). ‘Everybody just thinks I’m weird’: A qualitative exploration of the psychological experiences of adolescents with Tourette syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 39(6), 880-886. <https://doi.org/10.1111/cch.12033>
- Watts, R. J., Williams, N. C., & Jagers, R. J. (2003). Sociopolitical Development. *American Journal of Community Psychology*, 31(1/2), 185-194. <https://doi.org/10.1023/A:1023091024140>

- Williams, M. T. (2020). Microaggressions: Clarification, evidence, and impact. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 3-26. <https://doi.org/10.1177/1745691619827499>
- Williams, M. T., Cénat, J. M., Osman, M., Caldwell, K., Gallo, J., & Faber, S. (2024). Les microagressions raciales comme obstacles au traitement en soins cliniques [Racial microaggressions as barriers to treatment in clinical care]. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000383>
- Williams, M. T., Kanter, J. W., & Ching, T. H. W. (2018). Anxiety, stress, and trauma symptoms in African Americans: Negative affectivity does not explain the relationship between microaggressions and psychopathology. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(5), 919-927. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0440-3>
- Wright, A. J., & Wegner, R. T. (2012). Homonegative microaggressions and their impact on LBG individuals: A measure validity study. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 34-54. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648578>
- Zinner, S. H., Conelea, C. A., Glew, G. M., Woods, D. W., & Budman, C. L. (2012). Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(1), 124-136. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0249-y>

CHAPITRE 3

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cet essai permet d'obtenir une compréhension novatrice de l'expérience des adultes en émergence ayant le SGT quant aux micro-agressions. Peu de littérature scientifique n'existe à ce jour sur le sujet, et cette étude nous a permis de mieux documenter le quotidien des adultes en émergence ayant le SGT. Les résultats présentés dans l'article du Chapitre 2 confirment les hypothèses selon lesquelles : (1) cette population cible perçoit des micro-agressions; (2) une plus grande sévérité des tics est associée à plus de micro-agressions rapportées; (3) plus de micro-agressions rapportées sont associées à une qualité de vie diminuée. Bref, cet essai offre une nouvelle perspective sur les interactions sociales péjoratives, subtiles et non volontaires que rencontrent les adultes en émergence ayant le SGT et sur les répercussions qu'engendrent ces interactions sur la qualité de vie de cette population.

D'abord, les résultats de cette étude montrent que les adultes en émergence ayant le SGT rapportent vivre des micro-agressions d'une façon qui s'approche de celle des personnes ayant un handicap physique visible. Bien que notre échantillon ait un score total moyen de micro-agression à l'*Ableist Microaggressions Scale* (AMS) légèrement moins élevé que les personnes ayant un handicap (Conover *et al.*, 2017), la répartition des sous-types de micro-agressions les plus vécus sont les mêmes pour les deux groupes. En ordre décroissant, les deux groupes identifient la minimisation, l'impuissance, le déni de l'identité et l'ostracisation. Il semble donc y avoir des similitudes quant à leur expérience de micro-agressions. Il est possible que le score total moyen de micro-agressions de notre échantillon soit expliqué par le fait que les symptômes du SGT ne soient pas nécessairement toujours visible par les autres. En effet, les personnes ayant le SGT peuvent parfois camoufler ou retenir leurs tics pour des durées de temps variables. Il peut également y avoir des moments où les tics sont moins présents. Les différences des personnes ayant un handicap visible sont, quant à elles, constamment apparentes pour leur entourage. Ainsi, il est possible que les personnes ayant un handicap physique visible reçoivent davantage de micro-agressions pour cette raison, comme il a été suggéré par Kattari (2020). Le score total moyen moins élevé de notre échantillon pourrait également s'expliquer par le fait que le questionnaire (AMS) est à la base un outil qui a été construit et validé auprès des personnes ayant un handicap physique visible. Ainsi,

bien que nous ayons changé le terme « handicap » pour « syndrome de Gilles de la Tourette » dans le questionnaire, il est possible que cet outil soit moins valide pour d'autres populations, expliquant le score plus faible. Par ailleurs, le AMS utilisé dans cette étude mesurait les micro-agressions « au cours du dernier mois » par souci de conformité avec les autres questionnaires utilisés. Dans d'autres études (Conover et Israel, 2019; Conover *et al.*, 2017), le AMS mesure les micro-agressions « au cours de la vie ». Cette différence méthodologique pourrait possiblement expliquer pourquoi les scores de micro-agressions sont moins élevés dans cette étude. Le fait que le score « mensuel » de cette étude n'est pas si loin derrière le score « à vie » des autres études demeure cependant intéressant et permet de refléter l'expérience actuelle des adultes en émergence ayant le SGT.

La majorité des participant-es ont endossé plusieurs énoncés du sous-type de minimisation, indiquant que c'est le sous-type de micro-agression le plus fréquemment rapporté par l'échantillon. Les micro-agressions de minimisation ont pour prémisse que les personnes exagèreraient leurs besoins ou difficultés. Une caractéristique du SGT est que ses manifestations peuvent varier dans le temps, c'est-à-dire que les tics peuvent changer, disparaître et réapparaître dans de courtes périodes de temps. Cela peut générer de la confusion chez un entourage qui ne connaît pas cette spécificité du SGT et mener alors à des micro-agressions de type minimisation, par exemple, en ne croyant pas que des accommodements sont nécessaires pour le SGT ou en ne croyant tout simplement pas que la personne a le SGT. Les symptômes du SGT peuvent ainsi être faussement attribués à des difficultés comportementales, et les personnes punies ou blâmées pour des comportements qui devraient être contrôlables selon leur entourage (Malli *et al.*, 2019). Il est possible que cette variabilité engendre l'impression que les adultes en émergence contrôlent leurs tics, et voient ainsi leurs besoins et expériences minimisés par les autres. Même si les tics changent ou sont peu visibles, les besoins (p. ex., accommodements, soutien social) et les expériences des adultes en émergence ayant le SGT sont tout aussi valides et ne devraient pas être minimisés. Par ailleurs, les résultats de l'étude ont montré beaucoup de variabilité entre les scores totaux de micro-agressions de chaque participant-e ($\bar{E}-T = 22,2$ au *Ableist Microaggressions Scale*), indiquant que les expériences de micro-agressions chez les adultes en émergence ayant le SGT ne semblent pas homogènes. Cela pourrait être attribuable à la grande variabilité dans la manière dont les tics sont

présentés chez les participant-es ($\bar{E}-T = 40,6$ au *Adult Tic Questionnaire*), et à la possibilité qu'une grande variabilité des tics serait liée à une grande variabilité des micro-agressions rapportées.

Le deuxième objectif de cette étude était d'évaluer s'il y avait une association entre la sévérité des tics et les micro-agressions rapportées. Conformément à l'hypothèse énoncée, une sévérité plus élevée des tics (nombre, fréquence, intensité) est significativement associée à plus de micro-agressions rapportées chez notre échantillon. Plus spécifiquement, les tics sonores sont significativement associés aux micro-agressions, mais pas les tics moteurs. Cette association pourrait être expliquée par la possibilité que les tics sonores soient plus difficiles à camoufler ou plus facilement remarquables ou dérangeants par les autres personnes, pouvant ainsi entraîner plus de micro-agressions. Par exemple, une personne ayant des tics sonores au cinéma ou dans un cours pourrait être dérangeante et générer des tensions. Pour l'entourage, il peut être plus facile d'ignorer un tic moteur qui ne fait pas de bruit comparativement à un tic sonore. Comme mentionné précédemment, la visibilité ou perceptibilité de la différence pourrait jouer un rôle crucial dans l'expérience de micro-agressions (Kattari, 2020). Des micro-agressions ont également été rapportées par des adultes qui bégaiant (Coalson *et al.*, 2022), ce qui pourrait indiquer que l'accessibilité au langage serait une composante importante liée à l'acceptation sociale. Le type de micro-agression le plus rapporté par les participant-es de l'étude de Coalson *et al.* (2022) est la condescendance, ce qui inclut des expériences d'invalidation. Ces résultats peuvent être comparés à ceux de l'étude actuelle, révélant que la minimisation et l'invalidation semblent prédominer lors de l'existence de difficultés de langage (p. ex., tics sonores, bégaiement). Il est donc possible que les tics moteurs fassent moins entrave à la communication sociale (et soient plus faciles à ignorer par l'entourage que les tics sonores), et donc, que leur sévérité ne soit pas associée aux micro-agressions rapportées.

Le troisième objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre les micro-agressions rapportées et la qualité de vie chez les adultes en émergence ayant le SGT. Les résultats appuient ce qui est déjà présent dans la littérature scientifique, soit que les adultes ayant le SGT vivent de la discrimination, et que celle-ci est associée à une qualité de vie diminuée (Malli et Forrester-Jones, 2022). Effectivement, les adultes ayant le SGT vivent de la discrimination dans plusieurs sphères de leur vie (p. ex., éducation, vie sociale, transports publics, travail), ce qui peut avoir des

répercussions sur leur participation sociale et économique à la société (Malli et Forrester-Jones, 2022). Ce présent essai vient donc appuyer ces résultats en montrant que les adultes en émergence aussi vivent de la discrimination, et ce, plus spécifiquement sous la forme des micro-agressions. Devoir faire face à des micro-agressions quotidiennes peut engendrer des difficultés intériorisées, telles que des symptômes anxieux ou dépressifs (Lui et Quezada, 2019), ce qui peut également avoir des répercussions sur la qualité de vie des personnes qui en sont victimes. Durant l'adolescence, la sphère sociale est particulièrement importante et est malheureusement souvent associée à de la stigmatisation sociale chez les jeunes ayant le SGT (Atkinson-Clement *et al.*, 2022). Lors de l'âge adulte en émergence, la sphère sociale est tout autant présente et importante, notamment en raison des nouvelles relations sociales créées dans les établissements post-secondaires ou sur le marché du travail. Selon des études qualitatives menées auprès d'adultes en émergence présentant des difficultés de santé mentale diverses (p. ex., troubles neurodéveloppementaux, symptômes anxieux et dépressifs), cette phase développementale peut coïncider avec une meilleure estime de soi et davantage d'inclusion sociale (Lunde, 2019), mais peut également coïncider avec de l'exclusion sociale ainsi que le sentiment d'être différent-e et sans valeur (Nord-Baade *et al.*, 2025). Selon Arnett (2004), l'âge adulte en émergence est une période marquée par l'instabilité et l'exploration de l'identité. Ainsi, les expériences vécues dans cette tranche d'âge peuvent être uniques à chaque personne. Par ailleurs, les adultes en émergence accordent typiquement de l'importance à la poursuite de leur éducation (Arnett, 2004), ce qui leur permet de davantage développer leur conscience critique. Le développement d'une conscience critique permet la sensibilisation aux inéquités sociales ainsi que l'historique et les répercussions de celles-ci (Watts *et al.*, 2003). Il pourrait donc être possible de poser l'hypothèse que les micro-agressions seraient privilégiées par les adultes en émergence au détriment de la discrimination plus flagrante, laissant transparaître des préjugés davantage inconscients et moins mentalisés. Ainsi, le développement social des adultes en émergence serait teinté par ces expériences de micro-agressions, ce qui jouerait éventuellement un rôle sur leur qualité de vie. Ces résultats pourraient contribuer à expliquer pourquoi les personnes ayant le SGT semblent avoir une moins bonne qualité de vie que la population générale (Jalenques *et al.*, 2012). En ce sens, il peut être difficile d'identifier si les symptômes du SGT sont à eux seuls suffisants pour contribuer à une qualité de vie diminuée (association reconnue dans la littérature scientifique) ou si les micro-agressions

viennent s'ajouter à l'explication de cette association dans notre échantillon. Des études supplémentaires seront nécessaires afin de mieux comprendre et interpréter cette association.

Des résultats intéressants ressortent parmi les données sociodémographiques des participant·es. Par exemple, la proportion de femmes (55,4 %) et la proportion de personnes s'identifiant à la communauté LGBTQ+ (55,4 %) sont élevées. Il est surprenant de constater le nombre élevé de femmes dans l'échantillon, considérant la prévalence du SGT dans la population (2 à 4 hommes pour 1 femme ayant le SGT). Des auteurs ont également remarqué que les femmes sont généralement plus enclines à participer à des études en ligne que les hommes (Blumentberg *et al.*, 2019; Dworkin *et al.*, 2016; Nolte *et al.*, 2015). Les hommes sont davantage touchés par le SGT et, par conséquent, les études sur le syndrome sont plus fréquemment conduites avec une plus grande proportion d'hommes. L'engouement des femmes quant à notre étude sur le SGT aurait-il une visée de contribuer à la représentativité de la recherche sur le SGT ou de faire reconnaître les expériences féminines du SGT? Girgis *et al.* (2021) ont notamment identifié que l'évolution des tics chez les femmes en vieillissant pouvait se présenter différemment de celle des hommes (p. ex., plus grande sévérité des tics). Il s'agirait d'une hypothèse à explorer davantage. Par ailleurs, la représentativité des personnes s'identifiant à la communauté LGBTQ+ dans notre échantillon n'est pas non plus similaire à ce qu'on retrouve dans la population générale. Selon Statistiques Canada (2024a), seulement 10,5 % des personnes entre 15 et 24 ans s'identifient à la communauté LGBTQ+ entre 2019 et 2021. Cette population est donc grandement surreprésentée dans l'échantillon de cette étude, ce qui peut amener des questionnements sur la représentativité de l'échantillon pour les adultes en émergence ayant le SGT. Il est possible que notre étude portant sur la discrimination envers un groupe marginalisé, tel que le SGT, ait attiré la participation de personnes appartenant à un autre groupe marginalisé. En effet, le fait d'appartenir à plus d'un groupe marginalisé augmente le risque de vivre de la stigmatisation et de développer de l'oppression internalisée (Conover et Israel, 2019; Dimberg *et al.*, 2019; Nadal *et al.*, 2021). Peut-être que les personnes vivant avec l'intersectionnalité connaissaient davantage le concept de micro-agressions que la population générale et étaient plus enclines à partager leurs expériences. Il est également possible que la proportion d'adultes en émergence s'identifiant à la communauté LGBTQ+ ait considérablement augmenté dans la population générale depuis 2021, avec la popularisation de réseaux sociaux, tels que TikTok sur lesquels les adultes en émergence peuvent facilement s'identifier et trouver des

communautés qui les représentent (Bates *et al.*, 2019). La participation anonyme à l'étude a peut-être également encouragé les participant-es à répondre honnêtement aux questionnaires sans peur de vivre de la stigmatisation. Par ailleurs, Fredriksen-Goldsen *et al.* (2012) ont remarqué dans leur étude que les personnes qui s'identifient à la communauté LGBTQ+ présentaient une plus haute prévalence de difficultés physiques, mentales ou émotionnelles. Cela pourrait partiellement expliquer pourquoi la majorité des participant-es de notre étude sur le SGT s'identifient comme LGBTQ+, rappelant ainsi l'importance de considérer la théorie de l'intersectionnalité dans l'expérience des personnes appartenant à un groupe marginalisé. Il est donc possible que les résultats de cette étude ne soient pas complètement représentatifs des adultes en émergence ayant le SGT, mais d'adultes en émergence ayant le SGT ainsi que d'autres caractéristiques qui s'ajoutent à leur statut de marginalisation.

De plus, les résultats de l'étude ont montré que le pays de résidence (Canada *versus* autres pays) explique une partie significative de la variance de la qualité de vie. Plus spécifiquement, les résultats ont indiqué que le fait de résider ailleurs qu'au Canada est associé à une qualité de vie diminuée. En 2024, 48,6% des Canadien-nes ont exprimé une grande satisfaction envers leur vie. Cette proportion augmente considérablement lorsqu'on considère la province de Québec (d'où la majorité des participant-es ont été recruté-es) avec un taux de satisfaction de 58,2 % (Statistiques Canada, 2024b). Il est donc possible que les Canadien-es aient généralement une bonne qualité de vie, ce qui aurait influencé les résultats. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, s. d.; organisation établissant des standards économiques internationaux), le Canada se situe au-dessus de la moyenne par rapport aux autres pays membres concernant le revenu, l'emploi, l'éducation, la santé, la qualité de l'environnement, les liens sociaux et la satisfaction à l'égard de la vie. Ces facteurs pourraient contribuer à expliquer pourquoi les Canadien-es semblent avoir généralement une bonne qualité de vie. Toutefois, lorsque le score de micro-agressions est ajouté dans le modèle de régression, une contribution significative supplémentaire est apportée à la variance de la qualité de vie (33 % de variance expliquée additionnel), et ce, peu importe le pays de résidence. Ainsi, bien que le pays de résidence semble expliquer une partie de la variance de la qualité de vie, il semble que les micro-agressions rapportées expliquent une partie significativement plus grande de cette variance. Par ailleurs, le pays de résidence n'a pas été directement questionné, puisque l'information a été recueillie par les adresses *Internet Protocol*

(IP; numéro d'identification unique attribué à un périphérique connecté à Internet). Une adresse IP située dans un endroit quelconque ne veut pas dire que la personne réside nécessairement à cet endroit. Il faut donc faire preuve de prudence avec l'interprétation de ces résultats.

3.1 Résultats qualitatifs supplémentaires

À la fin du questionnaire sur les micro-agressions, les participant-es avaient l'opportunité de partager leurs expériences personnelles. Cette question supplémentaire n'était pas obligatoire et n'a pas été formellement analysée qualitativement. Cependant, les participant-es ont partagé des expériences émouvantes et révélatrices. Les participant-es ont rapporté des expériences de micro-agressions de tous les sous-types identifiés dans le AMS, soit la minimisation (p. ex., « Même des gens proches de moi ne prennent pas mon SGT au sérieux et pensent que je fais semblant. »), l'impuissance (p. ex., « Certaines personnes agissent comme si mon SGT est la pire chose au monde et que c'est horrible pour moi. »), le déni de l'identité (p. ex., « Les gens me traitent comme un enfant ou me complimentent sur ce que je fais ou dis pour des choses qui sont normales pour moi. ») et l'ostracisation (p. ex., « Les gens vont copier ou imiter mes tics parce qu'ils pensent que c'est drôle et me traitent comme un animal de cirque. »). La majorité des participant-es ont révélé avoir subi des micro-agressions de la part de leurs pair-es, collègues, ami-es, parents ou encore de figures d'autorité (p. ex., enseignant-es, spécialistes de la santé). Ces exemples concordent avec l'idée que les micro-agressions sont, la plupart du temps, commises par des personnes proches plutôt que par des inconnu-es (Barber *et al.*, 2019). Il est possible qu'en voulant être empathique auprès de leur proche, l'entourage s'exprime d'une façon maladroite qui a pour effet paraxodal d'exprimer une micro-agression, soit l'effet inverse de leur intention initiale. Les extraits rapportés révèlent également qu'il y a encore place à amélioration, puisque des micro-agressions sont perpétrées par des professionnel·les de la santé de façon souvent involontaire, alors qu'ils-elles devraient adopter une posture bienveillante plutôt que stigmatisante. Recevoir des micro-agressions d'un-e professionnel·le de la santé peut avoir des répercussions sur l'utilisation des services de soins de la personne (Williams *et al.*, 2024), ce qui pourrait, à long terme, nuire à sa santé. Le thème de la minimisation est également récurrent dans les exemples donnés par les participant-es, dans lesquels les autres ne croient pas à leur diagnostic de SGT, croient qu'ils-elles font semblant ou que les tics pourraient être contrôlés s'ils-elles le désiraient vraiment. Comme

mentionné précédemment, il est possible que le caractère changeant des tics et leur variabilité dans le temps puissent contribuer à ces expériences de micro-agressions. Plusieurs ont aussi rapporté que les autres imitent ou copient les tics, en plus de faire des blagues à propos de ces derniers. Cela pourrait être tolérable si vécu à une reprise, mais la répétition de ces événements peuvent rapidement devenir une source de souffrance pour les personnes concernées. Dans la littérature scientifique, il a déjà été identifié que c'est l'effet cumulatif des micro-agressions qui peut être dévastateur pour la personne, même si chaque événement pris à part peut sembler banal (Solórzano *et al.*, 2000; Sue *et al.*, 2007). Quelques participant-es ont aussi rapporté avoir reçu des commentaires quant à la coprolalie, comme de se faire demander s'ils-elles sont vulgaires lorsqu'ils-elles mentionnent qu'ils-elles ont le SGT ou de recevoir des blagues référant à la vulgarité. Bien que la coprolalie affecte seulement entre 10 % et 15 % des personnes ayant le SGT (Leckman *et al.*, 2013; Robertson, 2011), il s'agit souvent de l'un des premiers stéréotypes du SGT présent dans la culture populaire (p. ex., films, télévision; Calder-Sprackman *et al.*, 2014). Ce stéréotype bien présent dans les croyances populaires contribue malheureusement à une incompréhension de ce qu'est vraiment le SGT. Cette croyance erronée que la coprolalie est toujours associée au SGT pourrait contribuer à expliquer les micro-agressions reçues par les participant-es. Ainsi, il serait primordial que la représentation du SGT dans les médias soit exacte afin de réduire les micro-agressions et mieux éduquer la population générale par rapport à ce syndrome, par exemple, voir la série télévisée québécoise *Vestiaires* (Choquette, 2024).

3.2 Recommandations cliniques

Le présent essai pourra être utile à la pratique clinique auprès d'adultes en émergence ayant le SGT. Certain-es auteur-es proposent que les interventions qui vont au-delà de la gestion des tics et qui abordent plutôt les répercussions psychologiques du quotidien avec le SGT seraient ce qui serait le plus aidant (Bervoets *et al.*, 2023; Coleman et Melia, 2024). De plus, une sensibilisation aux micro-agressions pour tout intervenant-e en santé mentale paraît pertinente et bénéfique. La présente étude lève le voile sur un aspect méconnu et sous-estimé des biais involontaires, mais dommageables. Des interventions portant sur les micro-agressions pourraient donc être priorisées et utilisées avec une population plus générale. D'abord, les spécialistes de la santé et autres figures d'autorité doivent s'éduquer eux-mêmes sur les particularités de leur clientèle (p. ex., SGT, LGBTQ+, cultures, identités). En tant que professionnel-les, il s'agit de notre rôle de bien s'informer sur notre

clientèle afin d'éviter de transmettre des stéréotypes via des micro-agressions (p. ex., en utilisant une approche aveugle sur les enjeux raciaux). Williams *et al.* (2024) ont d'ailleurs montré dans leur étude que les micro-agressions commises par des spécialistes de la santé (p. ex., ne pas apprécier comment la psychopathologie peut être exprimée différemment chez certains groupes marginalisés) représentent de véritables obstacles à l'obtention de soins cliniques pour la clientèle. Il est donc important de demeurer ouvert-e à la possibilité de commettre une micro-agression, de prendre conscience de nos biais et pensées internalisées ainsi que de prendre la responsabilité si une micro-agression est commise et de s'excuser (Nadal *et al.*, 2012). Ne pas adresser une micro-agression commise peut avoir des effets négatifs sur l'alliance thérapeutique (Owen *et al.*, 2017; Owen *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2024). Bref, une micro-agression, n'ayant pas l'objectif de faire du mal, elle pourrait ne pas être identifiée par la personne perpétratrice, rendant ainsi la sensibilisation au phénomène extrêmement importante.

Les résultats de cette étude ont montré que les groupes marginalisés voient fréquemment leurs expériences minimisées. Ainsi, il est essentiel de valider et de croire une personne qui confie avoir vécu une micro-agression, afin de ne pas minimiser la personne à nouveau. Lorsque l'on reçoit une confiance d'une personne qui a vécu une micro-agression, le premier réflexe peut être d'offrir de la rassurance ou de normaliser ce qui est arrivé. Cependant, contester la perception de la personne qui se confie (p. ex., en disant que l'autre avait probablement de bonnes intentions malgré son commentaire) peut être invalidant et ajoute à la minimisation qui a été vécue initialement avec la micro-agression. Même si l'événement peut paraître banal d'un point de vue extérieur, la meilleure approche est de valider les sentiments de la personne et offrir une écoute sans jugement. Les personnes qui vivent des micro-agressions ont besoin d'un espace rassurant pour en parler plutôt que de réprimer et interioriser des émotions négatives (Nadal *et al.*, 2012). De plus, les micro-agressions sont souvent commises par des membres de la famille et, dans certains cas, il pourrait être approprié de mettre en œuvre des interventions familiales portant sur les micro-agressions (Barber *et al.*, 2019). Par exemple, en offrant de la sensibilisation sur l'utilisation de l'humour pour dédramatiser une situation qui peut être perçue comme de la minimisation chez la personne qui la reçoit.

Finalement, il est important de porter attention aux effets des micro-agressions sur les jeunes. L'adolescence et l'âge adulte en émergence sont des périodes cruciales pour le développement d'identité et de l'estime de soi. Leur offrir du soutien et valider leurs expériences peut contribuer à diminuer les effets des micro-agressions (Barber *et al.*, 2019). Ainsi, des interventions axées sur l'estime de soi et le développement d'un sentiment identitaire positif peuvent être considérées avec cette population (Barber *et al.*, 2019; Nadal *et al.*, 2012). Pour les adolescents-es et les adultes en émergence, il est également important de considérer l'utilisation des médias sociaux (p. ex., TikTok, Instagram) dans les interventions axées sur l'estime et la représentation de soi, étant donné leur popularité auprès de ces générations. Les adultes en émergence appartenant à des groupes marginalisés auraient maintenant accès à plus d'endroits sécuritaires en ligne sur les médias sociaux, ce qui peut contribuer à un développement identitaire plus sécurisant (Bates *et al.*, 2019). Une intervention qui peut être utilisée auprès de cette clientèle qui a été de plus en plus étudiée au courant des dernières années est la pleine conscience. La pleine conscience peut être définie comme une présence attentive dans une posture d'ouverture et d'acceptation au moment présent, et ce, sans jugement (Bishop *et al.*, 2004). La pratique de la pleine conscience peut avoir des effets bénéfiques sur le développement de l'estime de soi (Randal *et al.*, 2015), sur la clarté de l'identité (Hanley et Garland, 2016) ainsi que sur les symptômes d'anxiété et de dépression lorsqu'elle est intégrée à la psychothérapie (Hofmann et Gómez, 2017). L'intervention de la pleine conscience semble également être une voie prometteuse pour le SGT afin d'aider la diminution des tics et l'amélioration du fonctionnement quotidien lié aux tics (Reese *et al.*, 2015; Singer *et al.*, 2024). Par ailleurs, il semblerait que la pleine conscience joue un rôle important dans l'association entre l'utilisation des médias sociaux et l'estime de soi (Yang *et al.*, 2017). Yang *et al.* (2017) ont identifié qu'une représentation de soi authentique sur les médias sociaux serait liée à une meilleure estime de soi, mais seulement pour les adultes en émergence pratiquant la pleine conscience. Ainsi, la représentation authentique de soi sur les médias sociaux ainsi que la pleine conscience pourraient être des interventions recommandées auprès de cette population afin d'aider l'estime de soi. La pleine conscience aurait donc des bénéfices sur le plan de l'estime de soi, mais également dans la gestion des symptômes du SGT, étant une intervention idéale pour la population des adultes en émergence ayant le SGT.

D'un point de vue plus politique, il semble que le SGT soit présentement considéré comme un trouble moteur par les instances gouvernementales qui permettent le financement aux organismes communautaires, telle que l'Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST). Bien qu'effectivement un trouble moteur, le SGT est un trouble neurodéveloppemental pouvant avoir tout autant de répercussions sur la vie de la personne que d'autres troubles de la même catégorie (p. ex., TSA, déficience intellectuelle). Les résultats de la présente étude montrent que le SGT peut entraîner des conséquences psychosociales concrètes pour les familles, qui peuvent dépasser celles d'un trouble moteur. Nous sommes d'avis que les organisations, familles et personnes touchées par le SGT devraient obtenir les mêmes services et prestations financières que celles touchées par d'autres troubles neurodéveloppementaux.

En conclusion, il est essentiel de continuer à mettre en lumière les micro-agressions systémiques et environnementales par de la prévention et de la sensibilisation auprès des jeunes et de leur famille. De plus, considérant que le SGT est un syndrome encore peu connu dans la population générale, il nous semble important que de la sensibilisation soit faite tant sur le SGT que sur les micro-agressions. Plusieurs livres sont disponibles afin de faire de la sensibilisation sur le SGT, tels que « L'enfant-orchestre » (Rainville et Duhamel, 2025), « Laisse-moi t'expliquer le syndrome de Gilles de la Tourette » (Vézina, 2014), « Quand le corps fait à sa tête » (Leclerc *et al.*, 2008), « 10 questions sur le syndrome de Gilles de la Tourette chez l'enfant et l'adolescent » (Laverdure, 2021), « Les tics d'Emrick » (Marleau, 2007) et « Les manies de Maude » (Gervais, 2004). Il existe également des récits autobiographiques dans lesquels les auteur·ices racontent leur expérience personnelle avec le SGT, tels que « Tic toc : Vivre et grandir dans la vie des Tourettes » (Ghazo, 2022) et « *My Nonidentical Twin* » (Meg, 2021). L'Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST) regorge également d'informations sur le SGT via leur site web (www.aqst.com), groupes de soutien virtuel et présentiel et même leur balado « J'ai un TIC quequ'chose » disponible sur plusieurs plateformes (p. ex., Youtube, Apple Music, Spotify). L'autrice de cet essai a d'ailleurs contribué à un épisode du balado de l'AQST dans lequel elle aborde le SGT et le présent projet de recherche sur les micro-agressions (Blouin et Fortin, 2022). Plusieurs informations pertinentes sur le SGT peuvent également être trouvées sur le site web de *Tourette Association of America* (www.tourette.org).

3.3 Apports de l'essai

Cet essai est le premier qui s'intéresse spécifiquement aux micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le SGT. Les résultats qui y sont présentés permettent d'établir que les gens qui vivent avec le SGT peuvent être victimes de micro-agressions. Ainsi, une meilleure prise de conscience du phénomène des micro-agressions permettra aux professionnel·es intervenant auprès de personnes appartenant à un groupe marginalisé d'adapter leurs interventions (p. ex., valider et croire la personne, éviter de minimiser, s'éduquer soi-même). Cette étude permet de paver la voie pour de prochaines qui pourront éventuellement élaborer notre compréhension des micro-agressions envers les personnes qui ont le SGT plus en profondeur. Par ailleurs, le recrutement de cette étude a été réalisé au Québec, mais également ailleurs dans le monde. Cela permet de constater que ce phénomène ne semble pas spécifique au Québec, mais semble bien présent dans d'autres pays.

3.4 Limites de l'essai

Quelques limites méthodologiques doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats de ce présent essai. D'abord, un questionnement sur la représentativité des résultats peut être posé étant donné la nature de l'échantillon. En effet, il y a une présentation inégale des genres dans l'échantillon comparativement à la prévalence du SGT dans la population générale (55,4 % de femmes dans l'échantillon) ainsi qu'une grande proportion de l'échantillon qui s'identifie comme appartenant à la communauté LGBTQ+ (55,4 %). Il faut donc faire preuve de prudence quant à l'interprétation de ces résultats auprès de tous les adultes en émergence ayant le SGT.

Ensuite, cette étude a utilisé des questionnaires en ligne pour l'obtention des résultats et les participant·es y ont répondu de façon anonyme. Cette décision a notamment été prise puisque l'étude a débuté en pleine période de pandémie. Il n'a donc pas été possible de valider l'identité des participant·es, l'information auto-rapportée étant utilisée dans cette étude. Cependant, certaines mesures ont été prises afin de vérifier les réponses et s'assurer que les questionnaires étaient remplis correctement (p. ex., vérification des adresses IP, du temps de réponse aux questionnaires, des doublons dans les réponses). Bien que facile à utiliser pour le recrutement, certains biais peuvent être associés au recrutement en ligne, par exemple, une participation plus grande des gens intéressés par le sujet ou le biais de recrutement utilisant les médias sociaux qui cible certains

groupes spécifiques (Andrade, 2020). Un haut taux d'attrition (36 %) a été observé dans cette étude avec l'utilisation des questionnaires en ligne. Plusieurs participant-es ont cessé de répondre vers le tiers ou vers la moitié du questionnaire. Pour les participant-es ayant arrêté de répondre au tiers du questionnaire, cela correspondait à la partie du questionnaire sociodémographique concernant les symptômes du SGT (médication, tics les plus visibles, âge d'apparition des tics, etc.). Le début de cette section correspondait également à un changement de page, il est possible que les changements de page aient désintéressé les participant-es voyant la longueur du questionnaire. Pour les participant-es ayant cessé de répondre vers la moitié du questionnaire, cela correspondait au début du *Adult Tic Questionnaire* (tableau à remplir sur la présence, fréquence et intensité des tics). Il est possible que le grand tableau ait affecté la motivation des participant-es à y répondre ou que la complétion du tableau sur un appareil mobile ait été moins optimale. Le phénomène de l'attrition dans les études en ligne n'est pas nouveau, Hoerger (2010) a même suggéré de s'attendre à un taux d'attrition d'au moins 10 % dans les études en ligne. Le plus haut taux d'attrition observé dans cette étude, comparativement à ce qui était estimé par Hoerger, pourrait être expliqué par les modalités des études en ligne qui ont changé et évolué entre 2010 et 2024 (p. e.x, possibilité de répondre sur un téléphone cellulaire, accès Internet omniprésent). L'attrition dans les études en ligne peut être expliquée par plusieurs facteurs, comme la facilité de s'engager et de se retirer, les problèmes quant à la facilité d'utilisation de l'interface, les avantages perçus à la participation, la charge et le temps requis pour participer, les événements extérieurs, etc. (Eysenbach, 2005). Par ailleurs, l'utilisation de questionnaires en ligne de façon anonyme ne permet pas de confirmer l'identité des participant-es et d'identifier s'ils-elles ont répondu avec honnêteté.

Une autre limite méthodologique de cette étude mérite d'être soulevée. Les micro-agressions sont un phénomène social complexe qui demeure particulier à évaluer et analyser. Effectivement, tel que mentionné dans cet essai, les micro-agressions sont dépendantes de leur contexte. L'utilisation d'un questionnaire quantitatif afin de mesurer les micro-agressions, tel que le AMS, ne permet pas l'analyse du contexte dans lequel les micro-agressions ont été émises. Ainsi, il est important de faire preuve de prudence quant à l'interprétation de ces résultats. Toutefois, l'utilisation du AMS nous a permis de brosser un portrait des micro-agressions selon la perception d'adultes en émergence ayant le SGT. Ce portrait pourra être précisé éventuellement dans de futures études (p. ex., devis mixte ou qualitatif).

3.5 Études futures

Les résultats présentés dans cet essai ne sont qu'une amorce de la recherche sur les micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le SGT. D'abord, il serait pertinent que d'autres chercheur-euses s'intéressent aux micro-agressions vécues par d'autres populations en utilisant le AMS. À notre connaissance, seulement les personnes ayant un handicap physique ont été sondées avec ce questionnaire (Conover *et al.*, 2017). Utiliser ce questionnaire avec d'autres groupes marginalisés permettrait de comparer les résultats obtenus dans cette étude avec les adultes en émergence ayant le SGT. Ensuite, la littérature scientifique sur les micro-agressions ainsi que les outils pour les évaluer ont évolué énormément au courant des dernières années. Il serait intéressant d'évaluer les micro-agressions vécues par les personnes ayant le SGT avec d'autres outils que le AMS afin de vérifier si les résultats obtenus dans cette étude peuvent être répliqués. Aucun outil validé n'existe actuellement pour évaluer les micro-agressions spécifiquement chez les personnes ayant le SGT, mais une autre échelle existe pour les micro-agressions vécues par les personnes ayant un handicap (Kattari, 2019). Le questionnaire de Conover *et al.* (2017) avait été sélectionné dans cette étude en raison du moins grand nombre d'énoncés (20 *versus* 65). De façon complémentaire aux résultats quantitatifs obtenus dans cette étude, il pourrait être pertinent de mener une étude qualitative sur le même sujet afin d'approfondir les expériences vécues des personnes ayant le SGT. Bien que cette étude comportait une question qualitative, celle-ci n'a pas été formellement analysée. Des résultats qualitatifs pourraient compléter les résultats de cette étude et ajouter aux connaissances quant aux micro-agressions envers les personnes qui ont le SGT. De tels résultats pourraient également permettre d'identifier si certaines micro-agressions sont propres au SGT, ou si l'expérience vécue est relativement similaire aux personnes ayant un handicap. La sévérité des tics a précédemment été associée avec une qualité de vie diminuée chez les enfants ayant le SGT (Culter *et al.*, 2009; J.-Nolin et Leclerc, 2021). Serait-il possible que les micro-agressions vécues agissent comme variable modératrice ou médiatrice de la relation entre la sévérité des tics et la qualité de vie chez les adultes en émergence ? Finalement, il pourrait également être pertinent de répliquer cette étude en y ajoutant une mesure de discrimination, ce qui permettrait d'établir la différence avec les micro-agressions et voir si le lien avec la qualité de vie différerait. Toutes ces pistes de réflexion pourraient être intéressantes à étudier dans de futures études.

CONCLUSION

Le présent essai avait pour objectif d'étudier et d'explorer l'expérience de micro-agressions des adultes en émergence ayant le SGT. Un total de 65 adultes en émergence âgés entre 16 et 25 ans ont été recrutés pour cette étude. Les résultats ont montré une association entre la sévérité des tics, particulièrement la sévérité des tics sonores, et les micro-agressions dans notre échantillon. Ce résultat indique qu'une personne ayant des tics sonores serait plus vulnérable à recevoir des micro-agressions dans son quotidien. Une association a également été identifiée entre les micro-agressions et la qualité de vie, soit qu'il y a plus de chances qu'une personne qui rapporte vivre beaucoup de micro-agressions ait une qualité de vie diminuée. Ainsi, ces résultats confirment que les adultes en émergence ayant le SGT peuvent vivre des expériences de micro-agression, similairement à d'autres groupes marginalisés. Cette étude soutient le besoin de prévention et de sensibilisation portant sur le SGT et les micro-agressions, afin de réduire les répercussions qui y sont associées dans la vie des adultes en émergence, et éventuellement d'autres populations.

ANNEXE A
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Les micro-agressions ressenties par les adultes en émergence ayant le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)

Étudiante-chercheuse

Coralie Beaulieu

Doctorat en psychologie (profil professionnel) à l'Université du Québec à Montréal

Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE)

Adresse courriel : beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Julie Leclerc, M.Ps. Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) et au centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Directrice du laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE).

Adresse courriel : leclerc.julie@uqam.ca

Téléphone : 514-251-4015 #3425

Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant de consentir à participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui

implique la réalisation de questionnaires en ligne. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Le but de ce projet est d'identifier si les adultes en émergence de 16 à 25 ans ayant le SGT vivent des micro-agressions. Les questionnaires que vous remplirez en ligne permettront de décrire l'étendue des micro-agressions es par l'échantillon, d'évaluer l'association entre la sévérité du SGT et les micro-agressions ressenties ainsi que l'association entre les micro-agressions ressenties et la qualité de vie.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, un minimum de 63 participant-es seront recruté-es. Ces participant-es devront : a) être âgé-es de 16 à 25 ans ; b) remplir les critères diagnostiques du SGT (de façon autorapportée) ; c) être en mesure de lire et écrire le français ou l'anglais. Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'un essai doctoral sous la direction de Julie Leclerc, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Déroulement du projet de recherche

1. Durée

Il est estimé que la passation de l'ensemble des questionnaires aura une durée maximale d'environ 40 minutes. Les questionnaires ne doivent être remplis qu'une seule fois.

2. Nature de votre participation

Ce projet de recherche se déroulera complètement en ligne. Quatre questionnaires seront administrés :

- 1) Caractéristiques des participant-es qui comporte des questions d'ordre général sur vous et votre diagnostic de SGT
- 2) *Adult Tic Questionnaire* qui mesure la sévérité, la fréquence et l'intensité des tics moteurs et sonores
- 3) *Ableist Microaggressions Scale* (adapté pour le SGT) qui mesure différentes micro-agressions que vous pourriez avoir ressenties

- 4) *Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 – Young Adult Version* qui mesure la qualité de vie sous différentes sphères (fonctionnement physique, émotionnel, social et scolaire/professionnel).

Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais ce n'est pas assuré. Les résultats obtenus grâce à votre participation contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine du SGT et à une meilleure compréhension des micro-agressions ressenties.

Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Le temps consacré à la participation à ce projet de recherche peut être un inconvénient associé au projet. La participation à ce projet de recherche ne comporte pas de risques physiques.

Toutefois, il est possible que les questions posées fassent ressortir des émotions négatives puisqu'elles abordent des situations où vous aurez peut-être vécu de la discrimination. Une liste de ressources vous sera offerte avant la passation des questionnaires ainsi qu'à la fin de ces derniers si vous ressentez le besoin de parler de votre expérience avec des professionnel·les.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en cessant de compléter les questionnaires.

Cependant, avant de vous retirer de ce projet de recherche en cessant de répondre aux questions, nous vous suggérons de prendre en compte les éléments de ce présent formulaire de consentement dans votre réflexion. Il est possible de vous retirer de l'étude en tout temps en cessant de répondre aux questions.

Comme le présent questionnaire ne donne aucun moyen à l'équipe de recherche de vous identifier, il ne sera pas possible de demander à l'équipe d'exclure vos données après avoir rempli et soumis le questionnaire.

Si vous vous retirez du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche. Ces renseignements peuvent comprendre l'ensemble de vos réponses aux questionnaires de recherche. Les résultats aux questionnaires remplis dans le cadre de ce projet de recherche seront conservés sur le logiciel d'enquête en ligne sécuritaire *Qualtrics*. Les données de recherche pourront être téléchargées par l'équipe de recherche et placées dans des dossiers électroniques sécurisés par un mot de passe. Seuls les responsables de l'étude y auront accès. Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. L'équipe de recherche ne recueillera aucune information permettant de vous identifier et vos données seront anonymes. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Participation en ligne

Dans le cadre de ce projet de recherche, le logiciel en ligne de collecte de données *Qualtrics* sera utilisé. Lorsque vous visitez les sites Web de ces logiciels, le navigateur de votre appareil envoie automatiquement des informations au serveur du site. Par exemple, l'adresse IP, la date et heure d'accès ainsi que les détails du système d'exploitation et de l'appareil utilisé pourraient être collectées. Seules les données nécessaires à la prestation et l'optimisation du service sont collectées par ces sites. Ces données seront seulement accessibles par l'équipe de recherche sur la plateforme *Qualtrics*. Elles ne seront téléchargées à aucun autre endroit.

Compensation

En guise de compensation pour votre participation à ce projet de recherche, un tirage de 8 certificats-cadeaux de 25\$ chez *Amazon* sera effectué parmi les participant·es. Si vous souhaitez y participer, merci d'inscrire vos coordonnées à la fin du questionnaire. Ces informations demeureront confidentielles et seront conservées de manière **séparée** des données du sondage. Le tirage sera effectué une fois le recrutement terminé. Seul·es les gagnant·es seront contacté·es.

En cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable de ce projet de recherche ou avec l'étudiante-chercheuse aux coordonnées suivantes :

- Coralie Beaulieu (tél. : 418-934-9470 ; courriel : beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca)
- Julie Leclerc (tél. : 514-251-4015 #3425 ; courriel : leclerc.julie@uqam.ca).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant.e à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 514-252-3400, poste 3510.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a également approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute informations, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité au 514-252-3400, poste 5708.

Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends la nature du projet de recherche. On a répondu à mes questions, si j'en avais, et on m'a laissé le temps voulu pour décider de participer. Je comprends qu'en remplissant ce questionnaire en ligne et en le soumettant, je consens à y participer aux conditions qui y sont énoncées. Il m'est possible d'imprimer une copie de ce formulaire d'information et de consentement si je désire en conserver une copie.

IMPORTANT : Veuillez s'il vous plait ne participer à cette étude qu'une seule fois par personne.

☐ J'accepte de participer à cette étude

☐ Je n'accepte pas de participer à cette étude

Utilisation secondaire des données

Il est possible que les données recueillies dans le cadre de la présente recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine. Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ? Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM et du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin s'assurer la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié.es que par un numéro de code alpha-numérique. Votre décision de partager ou non vos données pour d'autres projets n'affecte pas votre éligibilité à cette étude. Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheuses et chercheurs à ces conditions ?

☐ Oui

☐ Non

Références des questionnaires utilisés

Abramovitch, A., Reese, H., Woods, D. W., Peterson, A., Deckersbach, T., Piacentini, J., Scahill, L. et Wilhelm, S. (2015). Psychometric properties of a self-report instrument for the assessment of tic severity in adults with tic disorders. *Behavior Therapy*, 46(6), 786-796. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.06.002>

Conover, K. J., Israel, T. et Nylund-Gibson, K. (2017). Development and validation of the Ableist Microaggressions Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 570-599. <https://doi.org/10.1177/0011000017715317>

Varni, J. W. et Limbers, C. A. (2009). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 611-622. <https://doi.org/10.1177/1359105309103580>

INFORMATION AND CONSENT FORM

Research Project Title

Microaggressions in emerging adults affected by Tourette syndrome (TS).

Student Researcher

Coralie Beaulieu

Doctorate in psychology (professional profile) at l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE)

Email address: beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca

Research Management

Julie Leclerc, M.Ps. Ph.D. professor in the department of psychology of UQAM and researcher at the Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) and at the research center of Rivière-des-Prairies hospital. Director of the Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE).

Email address: leclerc.julie@uqam.ca

Phone number: 514-251-4015 #3425

Introduction

We are inviting you to participate in a research project. However, before you consent to participate in this project, please take the time to read, understand and carefully consider the following information. We ask you to participate in a research project that implies online questionnaires. This consent form explains the objectives of this study, the procedures, benefits, risks and inconveniences, as well as the persons to contact if needed.

This form may contain words that you do not understand. Please ask the principal investigator of this project or a member of her research staff all the questions you consider useful and ask them to explain to you any word or information that is not clear.

Nature and Objectives of the Research Project

This study's purpose is to determine if emerging adults from age 16 to 25 with TS suffer from microaggressions. The online questionnaires that you will fill will allow to describe the extent of microaggressions experienced by the sample, and assess the association between TS severity and microaggressions experienced on one hand, and microaggressions and quality of life on the other hand.

To realize the research project, at least 63 participants will be recruited. They will have to a) have between 16 and 25 years old; b) have a TS diagnostic (auto-declared); c) be able to write and read French or English. This research project is headed for a doctoral essay headed by Julie Leclerc, professor in the department of psychology of UQAM.

How the Research will Proceed

1. Duration

The estimated time required to complete all the questionnaires is 40 minutes. Questionnaires need to be filled one time only.

2. Nature of your Participation

The research project will be fully online. You will have to complete four questionnaires:

- 1) *Participants' Characteristics* through general questions about you and your TS diagnostic
- 2) *Adult Tic Questionnaire* that measures severity, frequency and intensity of motor and vocal tics
- 3) *Ableist Microaggressions Scale* (adapted for TS) that measures various microaggression you could have experienced
- 4) *Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 – Young Adult Version* that measures quality of life through different facets (physical, emotional, social and academic/professional functioning)

Advantages Associated with the Research Project

You may benefit personally from participating in this research project, but we cannot guarantee it. Furthermore, we hope that the results obtained will contribute to the advancement of scientific knowledge about TS, as well as a better understanding of microaggressions.

Risks and Disadvantages Associated with the Research Project

The time devoted to the participation in this research project can be considered as an inconvenience of the project. The participation does not involve any physical risk.

However, the questions may lead to negative emotions as they point out situations in which you could have experienced discrimination. A list of resources will be available before and after you complete the questionnaires if ever you need to talk with mental health professionals about your experience.

Voluntary Participation and Right to Withdraw

Your participation in this research project is voluntary. You are therefore free to refuse to participate in it. You can also withdraw from this project at any time, without having to provide reasons, by stopping to answer the questionnaires.

However, before you withdraw from this research project by stopping to complete the questionnaires, we suggest that you take into consideration all the elements of this consent form in your decision. You can withdraw at any time by ceasing to complete the questionnaires.

Since you cannot be identified by the research team with these questionnaires, it is impossible to ask them to exclude your data after you completed and submitted your answers.

If you withdraw from the project, the information and material already collected in the context of this project will nevertheless be stored, analyzed, or used to ensure the integrity of the project.

Any new knowledge acquired during the course of the project that could affect your decision to continue participating in this project will be communicated to you quickly.

Confidentiality

While you are taking part in this research project, the principal investigator of this project and members of her research staff will collect information about you; this information is needed to meet the scientific objectives of this research project. This information may include all your data from the questionnaires. The questionnaires' results will be safely retained online on the survey software *Qualtrics*. Research data could be downloaded by the research team and saved in an electronical file secured by password. Only the people in charge of this project will have access to this data. Research results will be stored during 7 years.

All the personal information will remain confidential within the limits provided by law. The research team will not collect any information linked to your identity. All data will be anonymous. The research data may be published or be the subject of scientific discussions, but it will not be possible to identify you.

Online Participation

The online survey software Qualtrics will be used to collect data in this research project. When you visit websites as this one, your device's browser automatically sends information to the website's server. For example, the IP address, date and time of access and details of the used device's operating system can be collected. Only data necessary to service's delivery and optimization are collected by these websites. This data will only be available to the research team on the software *Qualtrics*. It will not be downloaded anywhere else.

Compensation

As compensation for your participation in this project, a draw of 8 *Amazon* gift cards valued at 25\$ will be done among participants. If you wish to participate, please leave your contact details at the end of the questionnaire. This information will stay confidential and will be kept **separately** from your answers to the questionnaire. The draw will be done once the recruitment is finished. Only winners will be contacted.

In the Event of Injury

By agreeing to participate in this research project, you do not waive any of your rights or release the principal investigator of this research project, or the institution from their civil and professional liability.

Identification of Contact Persons

If you have any questions or experience any problems related to this research project, you can contact the principal investigator of this research project or the student-researcher:

- Coralie Beaulieu (phone number: 418-934-9470; email: beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca)
- Julie Leclerc (phone number: 514-251-4015 #3425 ; email: leclerc.julie@uqam.ca).

For any question concerning your rights as a participant in this research project or if you have any complaints or comments to make, you can contact the Service Quality and Complaints

Commissioner for the CIUSSS of the Est-de-l'Île-de-Montréal region at 514-252-3400, extension 3510.

Monitoring the Ethical Aspects of the Research Project

The Research Ethics Board of the CIUSSS of the Est-de-l'Île-de-Montréal region has approved and will monitor the project. For any information, you can contact the Board's administrative office at 514-252-3400, extension 5708.

Consent

I have read the information and consent form and understand the nature of this research project. My questions have been answered, if I had any, and I have been given enough time to make a decision. After thinking it over, I consent to participate in this research project under the conditions set out in this form. I have a possibility to print this information and consent form if ever I want to keep a copy.

IMPORTANT: Please participate in this study only once per person.

☐ I accept to participate in this study

☐ I do not accept to participate in this study

Secondary Use of Data

It is possible that the data collected as part of this research may be used for other research projects in the same area of study. Do you accept that research data be used to carry out other research projects in the same area of study? These research projects will be evaluated and approved by a Research Ethics Board at UQAM and at the CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal before they are completed. Research data will be stored in a secure place. In order to preserve the confidentiality of the research data, you will be identified by a code number. Your decision to share or not your research data for other projects has no influence on your eligibility for this study.

De you accept that research data will be used in the future by other researchers under these conditions?

☐ Yes

☐ No

References

- Abramovitch, A., Reese, H., Woods, D. W., Peterson, A., Deckersbach, T., Piacentini, J., Scahill, L. et Wilhelm, S. (2015). Psychometric properties of a self-report instrument for the assessment of tic severity in adults with tic disorders. *Behavior Therapy*, 46(6), 786-796. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.06.002>
- Conover, K. J., Israel, T. et Nylund-Gibson, K. (2017). Development and validation of the Ableist Microaggressions Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 570-599. <https://doi.org/10.1177/0011000017715317>
- Varni, J. W. et Limbers, C. A. (2009). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 611-622. <https://doi.org/10.1177/1359105309103580>

ANNEXE B

CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE



No. de certificat : 2022-4731
Date : 2022-04-05

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Les micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le syndrome de Gilles de la Tourette

Nom de l'étudiant : Coralie Beaulieu

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Julie Leclerc

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance **(2023-04-05)** de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPE FSH

Le 24 mars 2022

Madame Julie B. Leclerc
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Installation Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Titre du projet : *Les micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le syndrome de Gilles de la Tourette*

Numéro attribué par le CÉR évaluateur : 2022-2887

Madame B. Leclerc,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) - installation Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du CÉR du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal portant la date du 01 mars 2022 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif et une lettre datée du 03 février 2022 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique positif. De plus, votre projet a reçu l'approbation de la convenance institutionnelle le 24 mars 2022. Si ce CÉR vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CÉR évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique de la recherche;
- à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
- à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir : La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Cette autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement sera renouvelée annuellement à la date du renouvellement de l'approbation éthique du CÉR évaluateur.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec notre Bureau de coordination de la recherche clinique (BCRC) au 514-252-3400 poste 3724 ou par courriel au bcrc.cemtl@ssss.gouv.qc.ca, pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre Comité d'éthique de la recherche au 514-252-3400, poste 5708, ou par courriel au cer.cemtl@ssss.gouv.qc.ca pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre projet par notre établissement ou celui attribué au projet de recherche par le CÉR.

Avec l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Monsieur Jean-François Fortin-Verreault
Président-directeur général
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Les micro-agressions vécues par les adultes en émergence ayant le syndrome de Gilles de la Tourette

Nom de l'étudiant : Coralie Beaulieu

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Julie Leclerc

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE C
QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARTICIPANT·ES

ÉLIGIBILITÉ

Avant de débiter, nous voulons vous assurer que vous êtes bel et bien éligible à cette étude.

Quel est votre âge ?

- ☐ 16
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de syndrome de Gilles de la Tourette ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ELIGIBILITY

Before beginning, we want to be sure you are eligible to this project.

How old are you ?

- ☐ 16
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25

Have you ever been diagnosed with Tourette syndrome?

- ☐ Yes
- ☐ No

Have you ever been diagnosed with intellectual disability or autism spectrum disorder?

- ☐ Yes
- ☐ No

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANT·ES

Commençons d'abord avec quelques questions plus générales.

Renseignements de base

1. Quelle est votre identité de genre?

☐ Féminin

☐ Masculin

☐ Non-binaire

☐ Autre : _____

2. Quelle est votre orientation sexuelle ?

☐ Hétérosexuelle

☐ Homosexuelle

☐ Bisexuelle

☐ Autre : _____

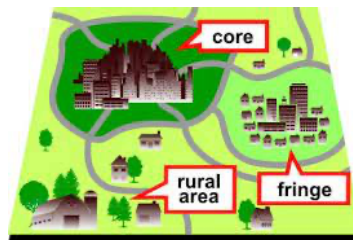
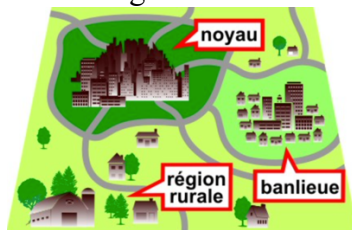
☐ Je préfère ne pas répondre

3. Vous résidez dans...

☐ Un noyau de population

☐ Une banlieue

☐ Une région rurale



Détails : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo052-fra.cfm>

4. Quelle est votre occupation principale?

☐ Études

☐ Travail à temps plein

☐ Travail à temps partiel

☐ Sans emploi

☐ Congé de maladie, congé de maternité ou en situation de handicap

☐ Autre : _____

5. Si applicable, quel est votre titre d'emploi ou votre domaine d'études?

6. Quelle(s) appartenance(s) ethnique(s) ou culturelle(s) vous décrit le mieux?

☐ Caucasien·ne/Européen·ne

☐ Autochtone

- ☐ Sud-asiatique (p. ex., Bangladesh, Inde, Pakistan, Sri Lanka, etc.)
- ☐ Est-asiatique (p. ex., Cambodge, Chine, Indonésie, Japon, Corée, Thaïlande, etc.)
- ☐ Amérique latine (p. ex., Mexique, Guatemala, Chili, Brésil, Nicaragua, Colombie, etc.)
- ☐ Moyen-Orient (p. ex., Liban, Syrie, Iran, Jordanie, Arabie Saoudite, Irak, etc.)
- ☐ Africain-e (p. ex., Égypte, Afrique du Sud, Sénégal, Côte d'Ivoire, Tunisie, etc.)
- ☐ Autre : _____

Santé

7. Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté :
- ☐ Syndrome de Gilles de la Tourette
 - ☐ Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH)
 - ☐ Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
 - ☐ Trouble d'acquisition de la coordination (dyspraxie)
 - ☐ Trouble d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie)
 - ☐ Trouble développemental du langage (dysphasie) ou de la parole (p. ex., bégaiement)
 - ☐ Déficience intellectuelle
 - ☐ Trouble du spectre de l'autisme
 - ☐ Problèmes affectifs (anxiété, dépression, troubles du comportement, trouble de la conduite, etc.)
 - ☐ Trouble neurologique (p. ex., épilepsie)
 - ☐ Autre : _____
8. Prenez-vous de la médication?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- Si oui, veuillez préciser laquelle : _____

Symptômes du SGT- tics

Manifestez-vous des mouvements ou des sons, comme dire des mots, des éclaircissements de gorge ou des bruits de bouche, qui semblent involontaires et qui se produisent à répétition? Typiquement, ce type de mouvement ou ces bruits sont accompagnés d'une sensation et sont associés à l'augmentation d'une tension interne. Ce n'est pas comme une manie que l'on peut contrôler. Bien que vous soyez capable de supprimer ces manifestations pour une certaine période de temps, vous devrez éventuellement les laisser sortir.

9. À quel âge vos premiers tics sont-ils apparus? _____
10. Si vous avez plusieurs tics :
- Quel est le tic le plus visible? _____
- Quel est le tic le plus dérangeant? _____
11. Selon vous, à quelle fréquence les tics surviennent-ils?
- ☐ Peu fréquemment
 - ☐ Fréquemment

☐ Très fréquemment

Veillez décrire brièvement : _____

12. Selon vous, en général, les tics sont :

☐ Peu visibles

☐ Visibles

☐ Très visibles

Veillez décrire brièvement : _____

13. Quand est-ce que les tics se produisent le plus souvent selon vous?

☐ Toujours

☐ Sous stress (fatigue)

☐ Émotions (anxiété, frustration...)

☐ Autre : _____

14. Habileté à réprimer/retenir les tics :

☐ Toujours

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Jamais

Si oui, comment? _____

Pendant combien de temps (en min.)? _____

15. Déguisez-vous ou cachez-vous les tics? (p. ex., autre mouvement ou vêtements)

☐ Oui

☐ Non

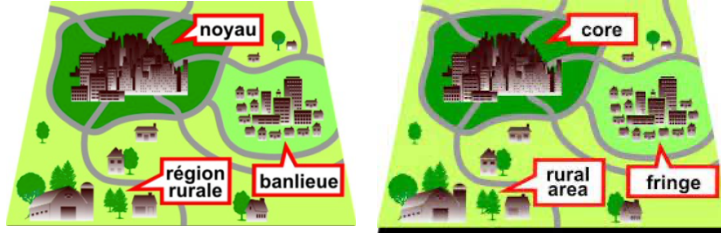
Si oui, veuillez précisez : _____

PARTICIPANTS' CHARACTERISTICS

Let's begin with some general questions.

Background information

1. Gender identity
 - a. Female
 - b. Male
 - c. Non-binary
 - d. Other: _____
2. Sexual orientation
 - a. Heterosexual
 - b. Homosexual
 - c. Bisexual
 - d. Other : _____
 - e. I prefer to not answer this question
3. Residential area
 - a. Core
 - b. Fringe
 - c. Rural area



Details : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo052-eng.cfm>

4. Principal occupation
 - a. Student
 - b. Part-time employee
 - c. Full time employee
 - d. Unemployed
 - e. Sick leave, maternity leave or disability situation
 - f. Other : _____
5. If applicable, what is your job title or field of study?

6. Which cultural or ethnic identities describe you the best?
 - a. Caucasian/European
 - b. First nations

- c. South-Asian (Bangladesh, India, Pakistan, Sri Lanka, etc.)
- d. East-Asian (Cambodia, China, Indonesia, Japan, Korea, Thailand, etc.)
- e. Latin American (Mexico, Guatemala, Chile, Brazil, Nicaragua, Colombia, etc.)
- f. Middle-Eastern (Lebanon, Syria, Iran, Jordan, Saudi Arabia, Irak, etc.)
- g. African (Egypt, South Africa, Senegal, Ivory Coast, Tunisia, etc.)
- h. Other : _____

Health

9. Do you present or have you ever presented:
- a. Gilles de la Tourette syndrome
 - b. Attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD)
 - c. Obsessive-compulsive disorder (OCD)
 - d. Developmental coordination disorder (dyspraxia)
 - e. Learning disability (dyslexia, dysorthographia, dyscalculia, etc.)
- Specify: _____
- f. Developmental language disorder (dysphasia) or speech disorder (e.g., stuttering)
 - g. Intellectual disability
 - h. Autism spectrum disorder
 - i. Affective disorders (anxiety, depression, behavioral problems, conduct disorder, etc.)
 - j. Neurological disorder (e.g., epilepsy)
 - k. Other : _____
10. Do you take any medication?
- a. Yes
 - b. No
 - c. I prefer to not answer this question
- If yes, which : _____

GTS symptoms – tics

Do you demonstrate any movements or sounds, such as words, throat clearing or mouth sounds, that seem involuntary and repetitive? Typically, these type of movements or sounds are accompanied by a sensations and associated with the increase of internal tension. It is not a mania that can be controlled. Although you are capable to suppress these manifestations for a certain period of time, you will eventually need to let them out.

11. Age of onset of tics _____
12. If there are multiple tics:
- Which tic is the most visible? _____
- Which tic is the most disturbing? _____
13. According to you, the tics occur:
- a. Infrequently
 - b. Frequently

c. Very frequently

Please describe: _____

14. According to you, in general, the tics are:

a. Barely visible

b. Visible

c. Very visible

Please describe: _____

15. When do the tics appear the most frequently according to you:

a. Always

b. When stressed (fatigue)

c. Emotions (anxiety, frustration, ...)

d. Other situations: _____

16. Ability to repress/retain the tics:

a. Always

b. Often

c. Sometimes

d. Never

If so, how? _____

For how much time (in minutes)? _____

17. Do you disguise or hide the tics (e.g., other movements or clothing)

a. Yes

b. No

If yes, please specify:

ADULT TIC QUESTIONNAIRE

Pour chacun des tics listés ci-dessous, cocher « OUI » ou « NON » si vous avez vécu les tics au cours de la dernière année.

Pour chaque tic coché « OUI », indiquer la FRÉQUENCE du tic au cours de la dernière année, selon les indicateurs suivants :

Constant, presque à tout moment de la journée

Horaire, au moins une fois par heure

Quotidien, au moins plusieurs fois par jour

Hebdomadaire, quelques fois par semaine ou moins

Sous INTENSITÉ, évaluer votre perception de l'intensité du tic au cours de la dernière année. Par exemple, un tic très léger comme un petit mouvement sec serait noté « 1 ». Un tic beaucoup plus intense, perceptible par les autres et même douloureux serait noté « 3 » ou plus. Tout tic qui est facilement perceptible par les autres devrait être noté à au moins « 2 ».

<u>Tics moteurs</u>	Présence		Fréquence				Intensité (1-4)
	<u>Oui</u> 1	<u>Non</u> 0	<u>C</u>	<u>H</u>	<u>Q</u>	<u>H</u>	
Clignements des yeux	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mouvements/roulements des yeux	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mouvements/secousses de la tête	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Grimaces faciales	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mouvements de la bouche/langue	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Haussements d'épaules	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Serrements de la poitrine/de l'estomac	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mouvements de tension à la région pelvienne	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mouvements des jambes/pieds	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mouvements des bras/mains	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Échopraxie (copier les gestes d'autrui)	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Copropraxie (gestes obscènes)	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Autres tics moteurs _____	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Combinaisons complexes de tics moteurs (plusieurs tics en même temps)	☐	☐	C	H	Q	H	_____

<u>Tics sonores</u>	Présence		Fréquence				Intensité (1-4)
	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>C</u>	<u>H</u>	<u>Q</u>	<u>H</u>	
	1	0	4	3	2	1	
Grognements	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Reniflements	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Ébrouements (expirations bruyantes par le nez)	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Toux	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Bruits d'animaux	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Syllabes	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Mots	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Phrases	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Écholalie (copier les vocalisations d'autrui)	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Coprolalie (mots obscènes)	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Blocages/bégalements	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Autres tics sonores _____	☐	☐	C	H	Q	H	_____
Combinaisons complexes de tics sonores (plusieurs tics en même temps)	☐	☐	C	H	Q	H	_____

ADULT TIC QUESTIONNAIRE

For each of the tics listed below, please mark “YES” or “NO” as to whether or not you have experienced the tic in the past year.

For each tic you mark as “YES”, please mark how FREQUENTLY the tic occurred over the past year, according to the following:

Constant, almost all the time during the day

Hourly, at least once per hour

Daily, at least several times per day

Weekly, just a few times or less

Under INTENSITY, rate how intense the tic felt to you during the past year. For example, if it was very mild, like a weak twitch, that would be a “1”. A much more forceful tic that would be very noticeable to others and may even be painful would be rated as “3” or even higher. Any tic that would be obviously noticeable to others should be rated as at least a “2”.

Motor Tics

	Present		Frequency				Intensity (1-4)
	Yes	No	C	H	D	W	
	1	0	4	3	2	1	
Eye Blinking	☐	☐	C	H	D	W	_____
Eye rolling/darting	☐	☐	C	H	D	W	_____
Head Jerk	☐	☐	C	H	D	W	_____
Facial Grimace	☐	☐	C	H	D	W	_____
Mouth/Tongue Movements	☐	☐	C	H	D	W	_____
Shoulder Shrugs	☐	☐	C	H	D	W	_____
Chest/stomach tightening	☐	☐	C	H	D	W	_____
Pelvic Tensing Movements	☐	☐	C	H	D	W	_____
Leg/Feet Movements	☐	☐	C	H	D	W	_____
Arm/Hand Movements	☐	☐	C	H	D	W	_____
Echopraxia (copying another's gestures)	☐	☐	C	H	D	W	_____
Copropaxia (obscene gestures)	☐	☐	C	H	D	W	_____
Other Motor Tics _____	☐	☐	C	H	D	W	_____
Complex Motor Combinations (multiple tics at once)	☐	☐	C	H	D	W	_____

Vocal Tics

	Present		Frequency				Intensity (1-4)
	Yes	No	C	H	D	W	
	1	0	4	3	2	1	
Grunting	☐	☐	C	H	D	W	_____
Sniffing	☐	☐	C	H	D	W	_____
Snorting	☐	☐	C	H	D	W	_____
Coughing	☐	☐	C	H	D	W	_____
Animal Noises	☐	☐	C	H	D	W	_____
Syllables	☐	☐	C	H	D	W	_____
Words	☐	☐	C	H	D	W	_____
Phrases	☐	☐	C	H	D	W	_____
Echolalia (repeating vocalizations of others)	☐	☐	C	H	D	W	_____
Coprolalia (obscene words)	☐	☐	C	H	D	W	_____
Blocking/stuttering	☐	☐	C	H	D	W	_____
Other Vocal Tics _____	☐	☐	C	H	D	W	_____
Complex Vocal Combinations (multiple tics at once)	☐	☐	C	H	D	W	_____

ABLEIST MICROAGGRESSIONS SCALE

Veillez lire les énoncés suivants et indiquer à quelle FRÉQUENCE (*jamais à très fréquemment*) vous avez vécu cette situation AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE en raison de votre syndrome de Gilles de la Tourette (SGT).

À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?

Jamais 0 1 2 3 4 5 Très fréquemment

[Les énoncés marqués d'un astérisque ont l'option N/A.]

Les gens ressentent le besoin de faire quelque chose pour m'aider car j'ai le SGT.

Les gens expriment leur admiration pour moi ou me décrivent comme étant une personne inspirante seulement parce que je vis avec le SGT.

Les gens expriment de la pitié pour moi car j'ai le SGT.

Les gens ne s'attendent pas à ce que j'aie un emploi ou que je me porte volontaire pour des activités car j'ai le SGT.

Les gens m'offrent de l'aide non sollicitée, non désirée ou non nécessaire car j'ai le SGT.

Les gens n'acceptent pas que j'aie le SGT puisque j'ai l'air apte physiquement. *

Les gens minimisent mon SGT ou suggèrent que ça pourrait être pire.

Les gens agissent comme si des accommodements pour mon SGT ne sont pas nécessaires.

Les gens ne me voient pas comme une personne à part entière car j'ai le SGT.

Les gens agissent comme si je ne suis rien de plus que mon SGT.

Les gens me parlent comme si je suis un.e enfant ou ne me prennent pas au sérieux car j'ai le SGT.

Les gens assument que j'ai une intelligence moindre car j'ai le SGT.

Parce que j'ai le SGT, les gens tentent de prendre des décisions pour moi alors que je pourrais les prendre moi-même.

Les gens pensent que je ne devrais pas fréquenter quelqu'un ou avoir des relations sexuelles car j'ai le SGT.

Les gens indiquent qu'ils ne voudraient pas s'engager dans une relation amoureuse avec une personne ayant le SGT.

Les gens suggèrent que je ne peux pas ou ne devrais pas avoir d'enfants car j'ai le SGT.

Les gens me fixent car j'ai le SGT.

Parce que j'ai le SGT, les gens semblent surpris de me voir à l'extérieur de chez moi.

Parce que j'ai le SGT, les gens assument que j'ai un don ou talent extraordinaire.

Les gens suggèrent que de vivre avec le SGT ne serait pas une existence digne d'être vécue.

Vous pouvez élaborer dans cette section sur vos expériences personnelles de micro-agressions en raison de votre SGT.

ABLEIST MICROAGGRESSIONS SCALE

Please read the following statements and indicate HOW OFTEN (*never* to *very frequently*) you have had this experience in THE PAST YEAR because of your Tourette syndrome (TS).

How often has this happened to you?

Never 0 1 2 3 4 5 *Very frequently*

[Items marked with an asterisk have an N/A option.]

People minimize my TS or suggest that it could be worse.

People do not expect me to have a job or volunteer activities because I have TS.

People feel they need to do something to help me because I have TS.

People assume I have low intelligence because I have TS.

Because I have TS, people assume I have an extraordinary gift or talent.

People offer me unsolicited, unwanted, or unneeded help because I have TS.

People act as if I am nothing more than my TS.

People don't see me as a whole person because I have TS.

People speak to me as if I am a child or do not take me seriously because I have TS.

Because I have TS, people attempt to make decisions for me that I could make myself.

People express admiration for me or describe me as inspirational simply because I live with TS.

People express pity for me because I have TS.

People suggest that living with TS would not be a worthwhile existence.

People stare at me because I have TS.

People think I should not date or pursue sexual relationships because I have TS.

People indicate that they would not date a person with TS.

People suggest that I cannot or should not have children because I have TS.

People act as if accommodations for my TS are unnecessary.

Because I have TS, people seem surprised to see me outside my home.

People are unwilling to accept that I have TS because I appear able-bodied.*

You can elaborate in this section about your personal experiences with microaggressions due to your TS.

PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY 4.0 – YOUNG ADULT VERSION

*Au cours du **DERNIER MOIS**, à quel point avez-vous éprouvé les **problèmes** suivants?*

AU SUJET DE MA SANTÉ ET DE MES ACTIVITÉS (problèmes...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai de la difficulté à marcher plus loin que le coin de la rue.	0	1	2	3	4
2. J'ai de la difficulté à courir.	0	1	2	3	4
3. J'ai de la difficulté à faire du sport ou de l'exercice.	0	1	2	3	4
4. J'ai de la difficulté à soulever un objet lourd.	0	1	2	3	4
5. J'ai de la difficulté à prendre un bain ou une douche sans aide.	0	1	2	3	4
6. J'ai de la difficulté à faire des travaux ménagers à la maison.	0	1	2	3	4
7. Je ressens des douleurs.	0	1	2	3	4
8. Je manque d'énergie.	0	1	2	3	4

AU SUJET DE MES ÉMOTIONS (problèmes...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai peur.	0	1	2	3	4
2. Je me sens triste ou déprimé(e).	0	1	2	3	4
3. Je ressens de la colère.	0	1	2	3	4
4. J'ai du mal à dormir.	0	1	2	3	4
5. Je m'inquiète au sujet de ce qui va m'arriver.	0	1	2	3	4

AU SUJET DE MES RELATIONS AVEC LES AUTRES JEUNES ADULTES (problèmes...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à m'entendre avec les autres jeunes adultes.	0	1	2	3	4
2. Les autres jeunes adultes ne veulent pas être mes amis(es).	0	1	2	3	4
3. Les autres jeunes adultes m'embêtent.	0	1	2	3	4
4. Je ne peux pas faire des choses que les autres jeunes adultes de mon âge peuvent faire.	0	1	2	3	4
5. J'ai de la difficulté à suivre les autres jeunes adultes.	0	1	2	3	4

AU SUJET DU TRAVAIL/DE MES ÉTUDES (problèmes...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à écouter au travail ou à l'école.	0	1	2	3	4
2. J'oublie des choses.	0	1	2	3	4
3. J'ai du mal à faire mon travail ou mes études.	0	1	2	3	4
4. Je manque mon travail ou l'école parce que je me sens mal.	0	1	2	3	4
5. Je manque mon travail ou l'école pour aller chez le médecin ou à l'hôpital.	0	1	2	3	4

PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY 4.0 – YOUNG ADULT VERSION

During the LAST MONTH, how often have you experienced the following problems?

- 0 = Never a problem
- 1 = Almost never a problem
- 2 = Sometimes a problem
- 3 = Often a problem
- 4 = Almost always a problem

Physical Functioning Scale

- 1. It is hard for me to walk more than one block
- 2. It is hard for me to run
- 3. It is hard for me to do sports activity or exercise
- 4. It is hard for me to lift something heavy
- 5. It is hard for me to take a bath or shower by myself
- 6. It is hard for me to do chores around the house
- 7. I hurt or ache
- 8. I have low energy

Emotional Functioning Scale

- 1. I feel afraid or scared
- 2. I feel sad or blue
- 3. I feel angry
- 4. I have trouble sleeping
- 5. I worry about what will happen to me

Social Functioning Scale

- 1. I have trouble getting along with other young adults
- 2. Other young adults do not want to be my friend
- 3. Other young adults tease me
- 4. I cannot do things that others my age can do
- 5. It is hard to keep up with my peers

Work/School Functioning Scale

- 1. It is hard to pay attention at work or school
- 2. I forget things
- 3. I have trouble keeping up with my work or studies
- 4. I miss work or school because of not feeling well
- 5. I miss work or school to go to the doctor or hospital

TIRAGE

Si vous êtes intéressé.e à participer au tirage de 8 certificats-cadeaux de 25\$ chez Amazon, veuillez nous laisser votre adresse courriel afin que nous puissions vous rejoindre. Seul.es les gagnant.es seront contacté.es.

Soyez assuré.e qu'il n'y a aucune façon de relier votre adresse courriel à vos réponses aux questionnaires.

Adresse courriel

Il est possible que nous menions d'autres recherches sur le syndrome de Gilles de la Tourette. Acceptez-vous que l'on communique avec vous pour des recherches futures ? Indiquer « oui » pour être contacté-e dans le futur ne vous oblige d'aucune façon à participer dans des études futures.

- ☐ Oui
- ☐ Non

DRAW

If you are interested to participate in the draw of 8 25\$ Amazon gift cards, please leave your email address so we can contact you. Only winners will be contacted.

Be reassured that there is no way to associate your email address to your questionnaire's answers.

Email address

Other studies on Tourette Syndrome will possibly be done in the future. Do you accept that we contact you for these next studies ? It is not mandatory to participate in any other study by indicating « yes » to be contacted in the future.

- ☐ Yes
- ☐ No

ANNEXE D

PREUVES DE SOUMISSION D'ARTICLE

De: Journal of Developmental and Physical Disabilities em@editorialmanager.com 
Objet: JODD-D-24-00269 - Acknowledgement of Receipt
Date: 2 septembre 2024 à 11:24
À: Coralie Beaulieu beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca



Dear Beaulieu:

Thank you for submitting your manuscript, "Navigating Microaggressions: The Experience of Emerging Adults with Tourette Syndrome", to Journal of Developmental and Physical Disabilities.

The submission id is: JODD-D-24-00269
Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the Editorial Manager.

Your username is: coralieb

If you forgot your password, you can click the 'Send Login Details' link on the EM Login page at <https://www.editorialmanager.com/jodd/>.

With kind regards,

The Editorial Office
Journal of Developmental and Physical Disabilities

This letter contains confidential information, is for your own use, and should not be forwarded to third parties.

Recipients of this email are registered users within the Editorial Manager database for this journal. We will keep your information on file to use in the process of submitting, evaluating and publishing a manuscript. For more information on how we use your personal details please see our privacy policy at <https://www.springernature.com/production-privacy-policy>. If you no longer wish to receive messages from this journal or you have questions regarding database management, please contact the Publication Office at the link below.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/jodd/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

De: Trends in Psychology - Editorial Office em@editorialmanager.com 
Objet: Submission Confirmation
Date: 7 février 2025 à 16:46
À: Beaulieu, Coralie beaulieu.coralie@courrier.uqam.ca



Dear Miss Beaulieu,

Thank you for submitting your manuscript,
"Navigating Microaggressions: The Experience of Emerging Adults with Tourette Syndrome", to Trends in Psychology

The submission id is: TPSY-D-25-00055
Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the journal's web site.

Your username is: CBeaulieu-423
If you forgot your password, you can click the 'Send Login Details' link on the EM Login page at
<https://www.editorialmanager.com/tpsy/>.

With kind regards,

Journals Editorial Office TPSY
Springer

This letter contains confidential information, is for your own use, and should not be forwarded to third parties.

Recipients of this email are registered users within the Editorial Manager database for this journal. We will keep your information on file to use in the process of submitting, evaluating and publishing a manuscript. For more information on how we use your personal details please see our privacy policy at <https://www.springernature.com/production-privacy-policy>. If you no longer wish to receive messages from this journal or you have questions regarding database management, please contact the Publication Office at the link below.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/tpsy/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

RÉFÉRENCES

- Abramovitch, A., Reese, H., Woods, D. W., Peterson, A., Deckersbach, T., Piacentini, J., Scahill, L. et Wilhelm, S. (2015). Psychometric properties of a self-report instrument for the assessment of tic severity in adults with tic disorders. *Behavior Therapy*, 46(6), 786-796. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.06.002>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5-TR* (5-TR éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andrade, C. (2020). The limitations of online surveys. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6), 575-576. <https://doi.org/10.1177/0253717620957496>
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Atkinson-Clement, C., Duflot, M., Lastennet, E., Patsalides, L., Wasserman, E., Sartoris, T.-M., Tarrano, C., Rosso, C., Burbaud, P., Deniau, E., Czernecki, V., Roze, E., Hartmann, A. et Worbe, Y. (2022). How does Tourette syndrome impact adolescents' daily living? A text mining study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02116-1>
- Barber, S., Gronholm, P. C., Ahuja, S., Rüsch, N. et Thornicroft, G. (2019). Microaggressions towards people affected by mental health problems: A scoping review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000763>
- Bates, A., Hobman, T. et Bell, B. T. (2019). « Let me do what I please with it... Don't decide my identity for me »: LGBTQ+ Youth experiences of social media in narrative identity development. *Journal of Adolescent Research*, 35(1), 51-83. <https://doi.org/10.1177/0743558419884700>
- Bell, A. K. (2015). *Nothing about us without us: A qualitative investigation of the experiences of being a target of ableist microaggressions*. (publication no 3620204) [dissertation, John F. Kennedy University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Bervoets, J., Beljaars, D. et De Jaegher, H. (2023). Letting Tourette's be: The importance of understanding lived experience in research and the clinic. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(11), 1422-1428. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15545>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blakemore, S.-J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(4), 267-277. <https://doi.org/10.1038/nrn2353>

- Bloch, M. H. et Leckman, J., F. (2009). Clinical course of Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 497-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.002>
- Bloch, M. H., Peterson, B. S., Scahill, L., Otko, J., Katsovich, L., Zhang, H. et Leckman, J., F. (2006). Adulthood outcome of tic and obsessive-compulsive symptom severity in children with Tourette syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(1), 65-69. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.65>
- Blouin, D. et Fortin, A. (2022). Le SGT, c'est quoi ? avec Coralie Beaulieu (no 2) [épisode d'un balado audio] Dans *J'ai un TIC quequ'chose*. Studio SF. <https://www.youtube.com/watch?v=I228hw8LIKs>
- Blumemberg, C., Menezes, A. M. B., Gonçalves, H., Assunção, M. C. F., Wehrmeister, F. C. et Barros, A. J. D. (2019). How different online recruitment methods impact on recruitment rates for the web-based coortesnaweb project: A randomised trial. *BMC Medical Research Methodology*, 19(127). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0767-z>
- Burd, L., Kerbeshian, J., Barth, A., Klug, M. G., Avery, K. et Benz, B. (2001). Long-term follow-up of an epidemiologically defined cohort of patients with Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 16(6), 431-437. <https://doi.org/10.1177/088307380101600609>
- Calder-Sprackman, S., Sutherland, S. et Doja, A. (2014). The portrayal of Tourette Syndrome in film and television. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 41(2), 226-232. <https://doi.org/10.1017/S0317167100016620>
- Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., Corman, L., Hamit, S., Lyons, O. B. et Weinberg, A. (2010). The manifestation of gender microaggressions. Dans D. W. Sue (dir.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (p. 193-213). John Wiley & Sons, Inc.
- Cavanna, A. E., Critchley, H. D., Orth, M., Stern, J. S., Young, M.-B. et Robertson, M. M. (2011). Dissecting the Gilles de la Tourette spectrum: A factor analytic study on 639 patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(12), 1320-1323. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.225029>
- Choquette, L. (réalisateur). (2024). *Vestiaires [série télévisée]*. Sphère Média. <https://ici.tou.tv/vestiaires>
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2015). *Psychologie de l'adolescence* (4 éd.). Chenelière Éducation.
- Coalson, G. A., Crawford, A., Treleaven, S. B., Byrd, C. T., Davis, L., Dang, L., Edgerly, J. et Turk, A. (2022). Microaggression and the adult stuttering experience. *Journal of Communication Disorders*, 95, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106180>
- Coleman, J. et Melia, Y. (2024). Me, my tics and I: An exploration of self-identity and its implications for psychological wellbeing in young women with Tourette's syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(2), 367-389. <https://doi.org/10.1007/s10882-023-09911-x>

- Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C. L., Murphy, T. K., Scahill, L. D., Compton, S. N. et Walkup, J. T. (2013). The impact of Tourette Syndrome in adults: Results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 110-120. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9465-y>
- Conover, K. J., Acosta, V. M. et Bokoch, R. (2021). Perceptions of ableist microaggressions among target and nontarget groups. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 565-575. <https://doi.org/10.1037/rep0000404>
- Conover, K. J. et Israel, T. (2019). Microaggressions and social support among sexual minorities with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 64(2), 167-178. <https://doi.org/10.1037/rep0000250>
- Conover, K. J., Israel, T. et Nylund-Gibson, K. (2017). Development and validation of the Ableist Microaggressions Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 570-599. <https://doi.org/10.1177/0011000017715317>
- Culter, D., Murphy, T., Gilmour, J. et Heymann, I. (2009). The quality of life of young people with Tourette syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 34(4), 496-504. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00983.x>
- Dimberg, S. K., Clark, D. A., Spanierman, L. B. et VanDaalen, R. A. (2019). ‘School shouldn’t be something you have to survive’: Queer women’s experiences with microaggressions at a Canadian university. *Journal of Homosexuality*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1661729>
- Dworkin, J., Hessel, H., Gliske, K. et Rudi, J. H. (2016). A comparison of three online recruitment strategies for engaging parents. *Family Relations*, 65(4), 550-561. <https://doi.org/10.1111/fare.12206>
- Eapen, V., Walter, A. et Robertson, M. M. (2018). Heterogeneity in tics and Gilles de la Tourette Syndrome. Dans M. Hodes, S. S.-F. Gau et P. J. D. Vries (dir.), *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health* (p. 57-76). Elsevier Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-815310-9.00003-4. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815310-9.00003-4>.
- Earl, J., Maher, T. V. et Elliott, T. (2017). Youth, activism, and social movements. *Sociology Compass*, 11(4), 1-14. <https://doi.org/10.1111/soc4.12465>
- Elstner, K., Selai, C. E., Trimble, M. R. et Robertson, M. M. (2001). Quality of life (QOL) of patients with Gilles de la Tourette’s syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 52-59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00147.x>
- Ewbank, S. C. (2011). *Conceptualization of children and adolescents with Tourette syndrome and a complex presentation of comorbidity*. (publication no 3427704) [dissertation, Rutgers University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11. <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e11>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J. et Barkan, S. E. (2012). Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: Disparities in prevalence and risk. *American Journal of Public Health*, 102(1), e16-e21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300379>
- Gagnon, M., Singer, I., Morand-Beaulieu, S., O'Connor, K. P., Gauthier, B., Woods, D. W., Blanchet, P., Lavoie, M. E. et Leclerc, J. B. (2024). Sex differences in youth with chronic tic disorder and Tourette syndrome: Evaluation of tic severity, psychological profiles, and quality of life. *Journal of Clinical Medicine*, 13(9), 2477. <https://doi.org/10.3390/jcm13092477>
- Garcia, G. A. et Johnston-Guerrero, M. P. (2015). Challenging the utility of a racial microaggressions framework through a systematic review of racially biased incidents on campus. *Journal of Critical Scholarship on Higher Education and Student Affairs*, 2(1), 48-66. <https://ecommons.luc.edu/jcshesa/vol2/iss1/4>
- Gendron, T. L., Welleford, E. A., Inker, J. et White, J. T. (2016). The language of ageism: Why we need to use words carefully. *The Gerontologist*, 56(6), 997-1006. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv066>
- Gervais, J. (2004). *Les manies de Maude*. Boréal.
- Ghazo, M. (2022). *Tic Toc : Vivre et grandir dans la vie des Tourettes*. Amazon.
- Girgis, J., Martino, D. et Pringsheim, T. (2021). Influence of sex on tic severity and psychiatric comorbidity profile in patients with pediatric tic disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(4), 488-494. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15088>
- Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L. et Yanos, P. T. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 234-241. <https://doi.org/10.1037/prj0000096>
- Gorman, D. A., Thompson, N., Plessen, K. J., Robertson, M. M., Leckman, J., F. et Peterson, B. S. (2010). Psychosocial outcome and psychiatric comorbidity in older adolescents with Tourette syndrome: Controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 36-44. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071050>
- Groth, C. (2018). Tourette syndrome in a longitudinal perspective. *Danish Medical Journal*, 65(4), 1-25. https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2018-08/b5465.pdf
- Hambleton, R. K., Merenda, P. et Spielberg, C. (2004). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Lawrence Erlbaum.

- Hanley, A. W. et Garland, E. L. (2016). Clarity of mind: Structural equation modeling of associations between dispositional mindfulness, self-concept clarity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 106, 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.028>
- Hodge, D. R. (2019). Spiritual microaggressions: Understanding the subtle messages that foster religious discrimination. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15313204.2018.1555501>
- Hoerger, M. (2010). Participant dropout as a function of survey length in Internet-mediated university studies: Implications for study design and voluntary participation in psychological research. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(6), 697-700. <https://doi.org/10.1089=cyber.2009.0445>
- Hofmann, S. G. et Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hook, J. N., Farrell, J. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., Van Tongeren, D. R. et Utsey, S. O. (2016). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 269-277. <https://doi.org/10.1037/cou0000114>
- Husain, A. et Howard, S. (2017). Religious microaggressions: A case study of Muslim Americans. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 26(1-2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1269710>
- J.-Nolin, G. et Leclerc, J. B. (2019). La mesure de la qualité de vie : nouvel horizon dans l'évaluation des traitements des enfants présentant un syndrome de Gilles de la Tourette. *Revue de psychoéducation*, 48(2), 373-396. <https://doi.org/10.7202/1066148ar>
- J.-Nolin, G. et Leclerc, J. B. (2021). La qualité de vie d'enfants avec le syndrome de Gilles de la Tourette [The quality of life of children with Tourette disorder]. *Revue québécoise de psychologie*, 42(1), 171-194. <https://doi.org/10.7202/1078922ar>
- Jalenques, I., Galland, F., Malet, L., Morand, D., Legrand, G., Auclair, C., Hartmann, A., Derost, P. et Durif, F. (2012). Quality of life in adults with Gilles de la Tourette syndrome. *BMC Psychiatry*, 12(109), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-109>
- Jones, K. P., Peddie, C. I., Gilrane, V. L., King, E. B. et Gray, A. L. (2016). Not so subtle: A meta-analytic investigation of the correlates of subtle and overt discrimination. *Journal of Management*, 42(6), 1588-1613. <https://doi.org/10.1177/0149206313506466>
- Kadesjo, B. et Gillberg, C. (2000). Tourette's disorder: Epidemiology and comorbidity in primary school children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 548-555. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00007>

- Kattari, S. K. (2019). The development and validation of the Ableist Microaggression Scale. *Journal of Social Service Research*, 45(3), 400-417. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1480565>
- Kattari, S. K. (2020). Ableist microaggressions and the mental health of disabled adults. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1170-1179. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00615-6>
- Kattari, S. K., Olzman, M. et Hanna, M. D. (2018). 'You look fine!': Ableist experiences by people with invisible disabilities. *Journal of Women and Social Work*, 33(4), 477-492. <https://doi.org/10.1177/0886109918778073>
- Keller, R. M. et Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. Dans D. W. Sue (dir.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (p. 241-267). John Wiley & Sons, Inc.
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N. et Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
- Laverdure, A. (2021). *10 questions sur le syndrome de Gilles de la Tourette chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions Midi Trente.
- Leckman, J., F., Bloch, M. H., Sukhodolsky, D. G., Scahill, L. et King, R. A. (2013). Phenomenology of tics and sensory urges: The self under siege. Dans D. Martino et J. F. Leckman (dir.), *Tourette syndrome* (p. 3-25). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199796267.003.0001>.
- Leckman, J., F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. et Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: Initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573. <https://doi.org/10.1097/00004583-198907000-00015>
- Leclerc, J. B., Forget, J. et O'Connor, K. P. (2008). *Quand le corps fait à sa tête*. Multimondes.
- Leclerc, J. B., Veilleux, A., Bourguignon, L. et Labrecque, D. (2021). Portrait des pratiques éducatives et des perceptions du soutien à la réussite des élèves ayant le syndrome de Gilles de la Tourette. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(4), 39-59. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-026>
- Lee, M.-H., Wang, H.-S. et Chen, C.-J. (2023). Psychosocial experiences in youth with Tourette syndrome: A systematic review and meta-synthesis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02339-w>
- Lett, K., Tamaian, A. et Klest, B. (2019). Impact of ableist microaggressions on university students with self-identified disabilities. *Disability & Society*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1680344>

- Lichter, D. G. et Finnegan, S. G. (2015). Influence of gender on Tourette syndrome beyond adolescence. *European Psychiatry*, 30(2), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.003>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Microaggressions: Strong claims, inadequate evidence. *Perspectives on Psychological Science*, 12(1), 138-169. <https://doi.org/10.1177/1745691616659391>
- Link, B. G. et Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Lui, P. P. et Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological Bulletin*, 145(1), 45-78. <https://doi.org/10.1037/bul0000172>
- Lunde, A. (2019). *Lived social experiences of young adults with Tourette Syndrome comorbid with ADHD*. (publication no 13900628) [dissertation, Grand Canyon University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Malli, M. A. et Forrester-Jones, R. (2022). Stigma and adults with Tourette's syndrome : « Never laugh at other people's disabilities, unless they have Tourette's - Because how can you not? ». *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 34, 871-897. <https://doi.org/10.1007/s10882-021-09829-2>
- Malli, M. A., Forrester-Jones, R. et Triantafyllopoulou, P. (2019). 'Tourette's is a lonely place': An interpretative phenomenological analysis of the personal experience and identity of adults with Tourette syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(6), 819-845. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09676-2>
- Marleau, B. (2007). *Les tics d'Emrick*. Boomerang.
- Mays, J., F. (2015). *A concurrent mixed methods study of microaggressions in the experience of parents of children with autism spectrum disorder*. (publication no 3709157) [dissertation, Illinois State University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Meg, E. (2021). *My nonidentical twin: What I'd like you to know about living with Tourette's*. Sphere.
- Mekawi, Y. et Todd, N. R. (2021). Focusing the lens to see more clearly: Overcoming definitional challenges and identifying new directions in racial microaggressions research. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 972-990. <https://doi.org/10.1177/1745691621995181>
- Minikel-Larocque, J. (2013). Racism, college, and the power of words: Racial microaggressions reconsidered. *American Educational Research Journal*, 50(3), 432-465. <https://doi.org/10.3102/0002831212468048>

- Miyake, E. (2018). *Female Microaggressions Scale (FeMS): A comprehensive sexism scale*. (publication no 10846208) [dissertation, Arizona State University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Müller-Vahl, K., Dodel, I., Müller, N., Münchau, A., Reese, J. P., Balzer-Geldsetzer, M., Dodel, R. et Oertel, W. H. (2010). Health-related quality of life in patients with Gilles de la Tourette's syndrome. *Movement Disorders*, 25(3), 309-314. <https://doi.org/10.1002/mds.22900>
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (2002). How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power, structural equation modeling. *A Multidisciplinary Journal*, 9(4), 599-620.
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., Wong, Y., Marshall, D. et McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality and religion. *Qualitative Psychology*, 2(2), 147-163. <https://doi.org/10.1037/qup0000026>
- Nadal, K. L., Issa, M.-A., Griffin, K. E., Hamit, S. et Lyons, O. B. (2010). Religious microaggressions in the United States: Mental health implications for religious minority groups. Dans D. W. Sue (dir.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (p. 287-310). John Wiley & Sons, Inc.
- Nadal, K. L., King, R., Sissoko, D. R. G., Floyd, N. et Hines, D. (2021). The legacies of systemic and internalized oppression: Experiences of microaggressions, imposter phenomenon, and stereotype threat on historically marginalized groups. *New Ideas in Psychology*, 63(Article 100895). <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2021.100895>
- Nadal, K. L., Vigilia Escobar, K. M., Prado, G. T., David, E. J. R. et Haynes, K. (2012). Racial microaggressions and the Filipino American experience: Recommendations for counseling and development. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 40(3), 156-173. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2012.00015.x>
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T. et Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- Nolte, M. T., Shauver, M. J. et Chung, K. C. (2015). Analysis of four recruitment methods for obtaining normative data through a Web-based questionnaire: A pilot study. *Hand*, 10(3), 529-534. <https://doi.org/10.1007/s11552-014-9730-y>
- Nord-Baade, S., Ness, O., Rowe, M., Bergsve Jensen, C. et Landheim, A. (2025). "I've always felt like I'm on the outside": Identity and social inclusion among young adults with mental illness and complex needs – a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 20(1), 2433320. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2433320>

- O'Hara, C. et Cook, J. M. (2018). Doctoral-level counseling students' experiences of social class microaggressions. *Counselor Education and Supervision*, 57(4), 255-270. <https://doi.org/10.1002/ceas.12115>
- O'Hare, D., Eapen, V., Helmes, E., McBain, K., Reece, J. et Grove, R. (2015). Factors impacting the quality of peer relationships of youth with Tourette's syndrome. *BMC Psychology*, 3(34), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0090-3>
- OCDE. (s. d.). Canada. OECD Better Life Index. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/canada-fr/>
- Owen, J., Drinane, J., Tao, K. W., Adelson, J. L., Hook, J. N., Davis, D. et Fookune, N. (2017). Racial/ethnic disparities in client unilateral termination: The role of therapists' cultural comfort. *Psychotherapy Research*, 27(1), 102-111. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1078517>
- Owen, J., Tao, K. et Rodolfa, E. (2010). Microaggressions and women in short-term psychotherapy: Initial evidence. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 923-946. <https://doi.org/10.1177/0011000010376093>
- Pappert, E. J., Goetz, C. G., Louis, E. D., Blasucci, L. et Leurgans, S. (2003). Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, 61(7), 936-940. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000086370.10186.7c>
- Parr, N. J. et Howe, B. G. (2019). Heterogeneity of transgender identity nonaffirmation microaggressions and their association with depression symptoms and suicidality among transgender persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(4), 461-474. <https://doi.org/10.1037/sgd0000347>
- Pascoe, E. A. et Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Peters, H. J., Schwenk, H. N., Ahlstrom, Z. R. et Mclalwain, L. N. (2017). Microaggressions: The experience of individuals with mental illness. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 86-112. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1164666>
- Pierce, C. M., Carew, J. V., Pierce-Gonzales, D. et Wills, D. (1977). An experiment in racism TV commercials. *Education and Urban Society*, 10(1), 61-87. <https://doi.org/10.1177/001312457701000105>
- Pring, K., Malli, M., Hardy, B. W., Rapp, S. R., Storch, E. A., Mink, J. W. et Martindale, J. M. (2023). Reframing stigma in Tourette syndrome: An updated scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02332-3>
- Rainville, F. et Duhamel, É. (2025). *L'enfant-orchestre*. Les éditions Fonfon.
- Randal, C., Pratt, D. et Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: A systematic review. *Mindfulness*, 6(6), 1366-1378. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0407-6>

- Reese, H. E., Vallejo, Z., Rasmussen, J., Crowe, K., Rosenfield, E. et Wilhelm, S. (2015). Mindfulness-based stress reduction for Tourette syndrome and chronic tic disorder: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 293-298. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.001>
- Robb, J. L. (2016). *Attitudinal ableism: A three-study exploration into attitudinal barriers encountered by people with mental illness, substance use, and physical disabilities*. (publication no 3742974) [dissertation, The University of Arizona]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Robertson, M. M. (2006). Mood disorders and Gilles de la Tourette's syndrome: An update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical associations, and implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(3), 349-358. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.019>
- Robertson, M. M. (2011). Gilles de la Tourette syndrome: The complexities of phenotype and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 72(2), 100-107. <https://doi.org/10.12968/hmed.2011.72.2.100>
- Salvatore, J. et Shelton, J. N. (2007). Cognitive costs of exposure to racial prejudice. *Psychological Science*, 18(9), 810-815. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01984.x>
- Scahill, L., Ort, S. I. et Hardin, M. T. (1993). Tourette's Syndrome, part I: Definition and diagnosis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(4), 203-208. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(93\)90028-u](https://doi.org/10.1016/0883-9417(93)90028-u)
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T. et Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 921-948. <https://doi.org/10.1037/a0035754>
- Schulenberg, J., Maggs, J. L. et Hurrelmann, K. (1997). *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge University Press.
- Silvestri, P. R., Baglioni, V., Cardona, F. et Cavanna, A. E. (2018). Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: A systematic literature review. *European Journal of Paediatric Neurology*, 22(5), 749-756. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.05.008>
- Singer, I., Gagnon, M. et Leclerc, J. B. (2024). PROTOCOL: Mindfulness-based interventions for improving tic-related symptoms in children and adults with chronic tic disorder and Tourette's disorder: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 20(3), e1427. <https://doi.org/10.1002/cl2.1427>
- Smith, L. et Redington, R. M. (2010). Class dismissed: Making the case for the study of classist microaggressions. Dans D. W. Sue (dir.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (p. 269-285). John Wiley & Sons, Inc.

- Solórzano, D., Ceja, M. et Yosso, T. (2000). Critical race theory, racial microaggressions, and campus racial climate: The experiences of African American college students. *Journal of Negro Education*, 69(1-2), 60-73.
- Statistics Canada. (2024a, January 25). *Socioeconomic profile of the 2SLGBTQ+ population aged 15 and older, 2019 to 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240125/dq240125b-eng.htm>
- Statistics Canada. (2024b, May 16). *Life satisfaction by gender and province*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310084301>
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Chase, R. M., Keeley, M., Goodman, W. K., Murray, M. et Geffken, G. R. (2007). Peer victimization in youth with Tourette's syndrome and chronic tic disorders: Relations with tic severity and internalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 211-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9050-4>
- Sue, D. W. (2005). Racism and the conspiracy of silence: Presidential address. *The Counseling Psychologist*, 33(1), 100-114. <https://doi.org/10.1177/0011000004270686>
- Sue, D. W. (2010a). *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics and impact*. John Wiley & Sons, Inc.
- Sue, D. W. (2010b). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. John Wiley & Sons, Inc.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L. et Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Syed, M. (2015). Emerging adulthood: Developmental stage, theory, or nonsense ? Dans J. J. Arnett (dir.), *The Oxford handbook of emerging adulthood* (p. 11-25). Oxford University Press.
- Torino, G. C., Rivera, D. P., Capodilupo, C. M., Nadal, K. L. et Sue, D. W. (2018). Microaggression theory: What the future holds. Dans G. C. Torino, D. P. Rivera, C. M. Capodilupo, K. L. Nadal et D. W. Sue (dir.), *Microaggression theory* (p. 307-328). John Wiley & Sons. Récupéré le de
- Université du Québec. (2021). *Guide de communication inclusive : Pour des communications qui mobilisent, transforment et ont du style!* 62 p.
- Varni, J. W. et Limbers, C. A. (2009). The PedsQL 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 611-622. <https://doi.org/10.1177/1359105309103580>

- Vézina, D. (2014). *Laisse moi t'expliquer le syndrome de Gilles de la Tourette*. Éditions Midi Trente.
- Wadman, R., Tischler, V. et Jackson, G. M. (2013). 'Everybody just thinks I'm weird': A qualitative exploration of the psychological experiences of adolescents with Tourette syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 39(6), 880-886. <https://doi.org/10.1111/cch.12033>
- Watson, D. et Clark, L. A. (1984). Negative affectivity : The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Watts, R. J., Williams, N. C. et Jagers, R. J. (2003). Sociopolitical Development. *American Journal of Community Psychology*, 31(1/2), 185-194. <https://doi.org/10.1023/A:1023091024140>
- Weingarden, H., Scahill, L., Hoepfner, S., Peterson, A. L., Woods, D. W., Walkup, J. T., Piacentini, J. et Wilhelm, S. (2018). Self-esteem in adults with Tourette syndrome and chronic tic disorders: The roles of tic severity, treatment, and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.008>
- Williams, M. T. (2020). Microaggressions: Clarification, evidence, and impact. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 3-26. <https://doi.org/10.1177/1745691619827499>
- Williams, M. T., Cénat, J. M., Osman, M., Caldwell, K., Gallo, J. et Faber, S. (2024). Les microagressions raciales comme obstacles au traitement en soins cliniques [Racial microaggressions as barriers to treatment in clinical care]. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000383>
- Williams, M. T., Kanter, J. W. et Ching, T. H. W. (2018). Anxiety, stress, and trauma symptoms in African Americans: Negative affectivity does not explain the relationship between microaggressions and psychopathology. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(5), 919-927. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0440-3>
- Woods, D. W., Fuqua, R. W. et Outman, R. C. (1999). Evaluating the social acceptability of persons with habit disorders: The effects of topography, frequency, and gender manipulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(1), 1-18. <https://doi.org/10.1023/a:1022839609859>
- Wright, A. J. et Wegner, R. T. (2012). Homonegative microaggressions and their impact on LBG individuals: A measure validity study. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 34-54. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648578>
- Yang, C.-C., Holden, S. M. et Carter, M. D. K. (2017). Emerging adults' social media self-presentation and identity development at college transition: Mindfulness as a moderator. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 52, 212-221. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.08.006>

- Zarrett, N. et Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development*, 2006(111), 13-28. <https://doi.org/10.1002/yd.179>
- Zinner, S. H., Conelea, C. A., Glew, G. M., Woods, D. W. et Budman, C. L. (2012). Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(1), 124-136. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0249-y>