

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TRAUMA CUMULATIF À L'ENFANCE ET PROBLÈMES DE COMPORTEMENT CHEZ LES
ADOLESCENTES VICTIMES D'AGGRESSION SEXUELLE : LE RÔLE MÉDIATEUR DE LA
RÉSILIENCE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
LUNA DANNAU

OCTOBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche, Martine Hébert. Merci pour ta patience, ton écoute et ta compréhension. Ton expertise et ton excellence ont été nécessaires à l'aboutissement de ce mémoire. Merci également à Mélissande. Quelle force et intelligence tu incarnes. Merci de m'avoir tant guidée, de m'avoir et relue et re-relue, alors que ton parcours était déjà si chargé. Votre soutien à toutes les deux a été précieux à chaque étape.

Au-delà d'un projet académique, ce mémoire représente avant tout un accomplissement personnel : la preuve que j'ai su concilier, non sans difficultés, un emploi à temps plein que j'aime de tout cœur, avec les exigences d'une maîtrise. Ceci n'aurait pas été possible sans le soutien de toute l'équipe du Foyer - Stefanie, Suzie, Kern, ainsi que tous mes très cher.es collègues. Merci pour vos accommodements, vos conseils, votre écoute, et d'avoir toujours pris le temps de chercher avec moi des solutions à chaque problème que j'ai pu rencontrer pendant mon parcours. Vous m'avez appris que la réussite ne se construisait pas seule, mais à plusieurs, grâce au rassemblement de toute une communauté.

À toutes les adolescentes que j'ai eu la chance d'accompagner ces dernières années, merci de votre confiance et pour tout ce que vous m'avez appris. Vous êtes celles qui m'ont donné la force et la motivation de mener ce projet jusqu'au bout, et l'élan qui me pousse encore aujourd'hui à vouloir changer les choses.

Merci à mes ami.e.s – surtout à Yonika, Elisa et Laura - de toujours croire en moi et de soutenir mes idées les plus folles. Merci de m'avoir fait rire, de m'avoir fait danser et de m'avoir écoutée parler de mon mémoire (presque) tous les jours sans jamais vous en lasser.

Et surtout, merci maman. C'est grâce à toi que je suis rendue là où je suis aujourd'hui (et je sais d'avance que tu détesteras cette tournure de phrase). Merci de tous tes sacrifices, de t'être battue pour moi et de n'avoir jamais baissé les bras. Mon ambition je te la dois. Mon envie de viser toujours plus haut, aussi. Mais par-dessus-tout, tu m'as transmis quelque chose de plus grand encore : l'envie d'aider les autres. Merci pour ta sensibilité et d'avoir été un exemple vivant d'empathie et de don de soi. Tu m'as appris à toujours tendre la main, surtout à ceux qui en ont encore plus besoin que nous. À voir au-delà de soi, et à faire de la place pour l'autre, toujours. À mes yeux, tu incarnes la résilience dans sa forme la plus inspirante : une force que rien n'arrête, portée par une douceur et un enthousiasme contagieux. Puisse ce mémoire être à la hauteur de tout ce que tu m'as transmis.

Finalement, même si tu n'en comprendras rien, merci à mon petit Poppy à quatre pattes. Sans dire un mot, ta chaleur, ta présence et ton amour inconditionnel ont été un soutien inestimable tout au long de l'écriture de ce mémoire. Promis, cette fois, c'est moi qui te suis – jusqu'au bout du sentier.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES	Erreur! Signet non défini.
1.1 Expériences précoces d'adversité	3
1.1.1 Définition et prévalence de l'agression sexuelle	3
1.1.2 Trauma cumulatif chez les victimes d'agression sexuelle à l'enfance	4
1.2 Problèmes de comportement intérieurisés et exteriorisés chez les adolescentes victimes d'ASE	5
1.3 La résilience	8
1.3.1 Les facteurs de protection individuels à l'adolescence.....	9
1.3.2 Les facteurs de protection relationnels à l'adolescence.....	10
1.3.3 Les facteurs de protection communautaires à l'adolescence	12
1.3.4 Les facteurs de résilience en tant que médiateurs de la relation entre le TCE et les problèmes de comportement.....	15
1.4 Objectifs et hypothèses	18
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL.....	19
2.1 Assises conceptuelles sur le trauma cumulatif.....	19
2.1.1 Modèle de polyvictimisation (Finkelhor et al., 2007)	19
2.2 Assises conceptuelles sur la résilience	20
2.2.1 Le modèle de résilience (Ungar, 2011).....	20
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	24
3.1 Participant es et procédures	24
3.2 Instruments de mesure	24
3.3 Considérations éthiques	26
3.4 Stratégies d'analyse	26
CHAPITRE 4 ARTICLE	27
4.1 Abstract	28
4.2 Methodology	32
4.3 Results	35

4.4 Discussion	38
4.5 Conclusion	43
4.6 References.....	48
CHAPITRE 5 DISCUSSION.....	53
5.1 Rappel des objectifs de l'étude	53
5.2 Principaux résultats.....	53
5.2.1 Résilience.....	54
5.2.1.1 Résilience relationnelle.....	55
5.2.1.2 Résilience communautaire.....	56
5.3 Limites méthodologiques.....	59
5.4 Implications pour les interventions sexologiques	60
CONCLUSION	63
ANNEXE A CERTIFICAT ÉTHIQUE.....	64
ANNEXE B QUESTIONNAIRES	65
ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	70
RÉFÉRENCES.....	74

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
3.1	Modèle conceptuel de médiation du lien entre le trauma cumulatif et les problèmes de comportements intérieurisés et extérieurisés chez les adolescentes victimes d'ASE	18
5.1	<i>Mediation model: individual resilience as the mediator.</i>	46
5.2	<i>Mediation model: relational resilience as the mediator.</i>	46
5.3	<i>Mediation model: community resilience as the mediator.</i>	46
5.4	<i>Mediation model: individual resilience as the mediator.</i>	47
5.5	<i>Mediation model: relational resilience as the mediator.</i>	47
5.6	<i>Mediation model: community resilience as the mediator.</i>	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
5.1	<i>Sample characteristics.</i>	44
5.2	<i>Descriptive statistics and correlations for study variables.</i>	45

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AS	<i>Agression sexuelle</i>
ASE	<i>Agression sexuelle à l'enfance</i>
TCE	<i>Trauma cumulatif à l'enfance</i>
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
HVF	<i>History of Victimization Form</i>
CSA	<i>Child Sexual Abuse</i>
SA.	<i>Sexual Abuse</i>

RÉSUMÉ

Ce mémoire porte sur la résilience chez les adolescentes qui ont été victimes d'agression sexuelle. Le présent mémoire vise à examiner l'effet de la résilience dans la relation entre les traumas cumulatifs et les problèmes de comportement chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'analyse se base sur le modèle conceptuel de Ungar (2011) sur la résilience identifiant trois facteurs : les ressources individuelles, les ressources relationnelles et les ressources communautaires. L'échantillon est composé de 194 adolescentes ($M = 15$; $ET = 1,50$) âgées de 12 à 18 ans ayant été victimes d'agression sexuelle. Les données ont été analysées à l'aide de six médiations. Les résultats révèlent que les facteurs relationnels et communautaires associés à la résilience contribuent à l'association entre le trauma cumulatif et les problèmes de comportement. Ces résultats témoignent de l'importance d'intervenir sur la résilience chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle afin de réduire le risque de développer des symptômes intérieurisés et extérieurisés. Le cadre conceptuel de la résilience proposé représente un modèle pertinent pour explorer les facteurs favorisant une adaptation positive et pour identifier des pistes d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle.

MOTS CLÉS : adolescentes victimes d'agression sexuelle; trauma cumulatif en enfance; problèmes de comportement; résilience; médiations;

INTRODUCTION

L'agression sexuelle dans l'enfance (ASE) est un problème social endémique qui touche une proportion importante de la population. Une recension systématique révèle qu'en Amérique du Nord, 20,4% des filles et 14,1% des garçons rapportent avoir été victimes d'une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Moody et al., 2018). Les études montrent que les filles sont non seulement plus à risque de subir une agression sexuelle que les garçons (Hébert et al., 2019), mais également plus susceptibles de développer des symptômes pathologiques liés à ces agressions (Hébert et al., 2014). De plus, elles rapportent souvent des symptômes plus sévères que ceux observés chez les garçons (Dworkin et al., 2017). Considérant la prévalence des agressions sexuelles chez les filles, il apparaît essentiel de se concentrer sur cette population afin de mieux comprendre les facteurs impliqués dans la résilience des adolescentes victimes d'ASE.

Plusieurs études scientifiques ont notamment mis en évidence que l'agression sexuelle vécue pendant l'enfance est liée à de nombreuses répercussions pouvant apparaître à l'adolescence. Des études suggèrent en effet que les adolescentes ayant été victimes d'ASE sont plus à risque de développer des troubles intérieurisés, tels que l'anxiété ou la dépression, ou exteriorisés, comme les troubles de la conduite que les adolescentes sans historique d'ASE (Lewis et al., 2016). De nombreuses études se sont d'ailleurs intéressées aux facteurs pouvant influencer le développement de symptômes intérieurisés et exteriorisés chez les adolescentes victimes d'ASE, comme la présence de d'autres expériences de maltraitance vécues. Le fait d'être victime de plusieurs formes de maltraitance semble effectivement être associé à des difficultés plus importantes chez les personnes victimes (Putnam et al., 2013). Cependant, peu d'études explorent la possibilité d'avoir vécu d'autres formes de maltraitance conjointement à une expérience de victimisation sexuelle au cours de l'enfance chez les victimes.

Parallèlement, les études ont permis de rendre compte d'une diversité des profils chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle. Notamment, alors que certaines adolescentes présentent des problèmes psychologiques après l'ASE, d'autres affichent un profil qualifié de « résilient » démontrant peu de symptômes (Hébert et al., 2021). Une étude de Ungar (2011) a permis d'identifier trois catégories de facteurs qui influencent le processus de résilience d'un individu: 1) les ressources individuelles, 2) les ressources relationnelles et 3) les ressources communautaires. Les ressources individuelles font référence aux compétences personnelles qui favorisent l'adaptation telles que l'habileté à résoudre des problèmes, la persévérance, la motivation scolaire ou encore la possibilité de contribuer au bien-être des autres. Les

ressources relationnelles renvoient au soutien offert et à la présence de figures prosociales significatives, notamment des donneurs de soins ou de la famille élargie, ainsi qu'à la valorisation des traditions familiales et culturelles. Enfin, les ressources communautaires englobent les interactions positives et le soutien provenant des pairs ou des membres de la communauté, le sentiment d'appartenance au sein de systèmes tels que l'école, ainsi que le sentiment d'équité et de justice au sein de la communauté. Toutefois, il existe encore peu d'études chez les adolescentes victimes d'ASE qui prennent en compte simultanément ces différents facteurs leur permettant de surmonter un historique de trauma cumulatif à l'enfance (TCE).

Le présent mémoire vise à explorer les problèmes de comportement intérieurisés (p.ex : anxiété, dépression) et exteriorisés (p.ex : troubles de la conduite) chez les adolescentes victimes d'ASE. Plus spécifiquement, l'étude vise à identifier de rôle des facteurs de résilience individuel, relationnel et communautaire dans le développement de problèmes de comportements intérieurisés et exteriorisés dans un échantillon d'adolescentes âgées de 14 à 18 ans ayant été victimes d'ASE. Pour ce faire, des analyses de médiation sont réalisées afin d'explorer si les facteurs de résilience peuvent agir comme médiateurs entre l'historique de trauma cumulatif et les symptômes intérieurisés et exteriorisés.

Cette étude permet d'identifier des cibles d'intervention à plusieurs niveaux socioécologiques - individuel, relationnel et communautaire - auprès des adolescentes victimes d'ASE. Les constats permettent de mieux comprendre les facteurs impliqués dans l'apparition de conséquences à la suite d'une ASE et ultimement, contribuent au développement de programmes d'intervention efficaces afin d'augmenter la qualité de vie des adolescentes victimes d'ASE.

Le chapitre I de ce mémoire présente l'état des connaissances sur l'ASE et le TCE, les problèmes de comportement associés et une recension des différentes études qui portent sur la résilience, chez les victimes d'ASE. Ce chapitre inclut les définitions des concepts-clés, aborde les limites des études antérieures et indique les objectifs et les hypothèses qui vont guider la recherche. Dans le chapitre II, le modèle conceptuel de polyvictimisation de Finkelhor et al. (2007) et le modèle de la résilience proposé par Ungar (2011) et leur pertinence pour expliquer la diversité au sein des profils des victimes d'ASE sont présentés. La méthodologie du présent mémoire est détaillée au chapitre III incluant une description de l'échantillon, les instruments de mesure, les procédures et les considérations éthiques ayant guidé la présente étude. Les résultats sont recensés dans le chapitre IV, qui est présenté sous forme d'article scientifique. Finalement, au chapitre V, les principaux constats ainsi que leurs interprétations sont présentés, alors que les implications de ce mémoire au plan de la recherche et de l'intervention sexologique sont discutées.

CHAPITRE 1

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans le présent chapitre, la définition et la prévalence des ASE ainsi que des TCE sont présentées. Ensuite, un état de connaissances permet de recenser les différentes études explorant les conséquences des expériences de l'ASE, notamment les problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés. Par la suite, le rôle de la résilience est présenté en accordant une attention particulière aux rôle des facteurs individuels, relationnels et communautaires. Finalement, les lacunes concernant les études réalisées à ce jour et les objectifs de recherche concluent ce premier chapitre.

1.1 Expériences précoces d'adversité

1.1.1 Définition et prévalence de l'agression sexuelle

La définition de l'agression sexuelle (AS) retenue dans cette étude est celle proposée par le Gouvernement du Québec :

Un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2016)

L'agression sexuelle à l'enfance (ASE) réfère donc à tout geste à caractère sexuel sur un individu de moins de 18 ans, impliquant ou non la manipulation affective ou le chantage. La définition retenue de l'ASE englobe l'exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur), le voyeurisme (exposition des parties génitales du jeune), les baisers, l'exposition à du matériel pornographique, les contacts physiques par-dessus ou sous les vêtements, les attouchements génitaux, les contacts oraux-génitaux, les actes impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration (orale, vaginale, anale avec ou sans objet) et les actes sadiques (esclavagisme, prostitution ou bestialité). L'ASE se distingue généralement selon sa nature intra-familiale, qui réfère à une AS perpétrée par un membre de la famille immédiate ou élargie (parents, fratrie, grands-parents, cousins, oncle, tante); ou extra-familiale, qui réfère à une AS impliquant une personne de l'entourage (p.ex. : ami de la famille, voisin, gardienne etc.) ou une personne inconnue. Finalement, l'ASE est souvent déterminée selon sa sévérité par le niveau d'intrusion physique du geste subi (p. ex., pénétration ou non), sa fréquence (p. ex., ASE chronique) et l'âge lors du premier épisode d'ASE.

Il est difficile d'établir la prévalence de l'ASE étant donné que sa définition varie d'une étude à l'autre (Mathews et Collin-Vézina, 2017). Cependant, une méta-analyse révèle que les ASE sans contact physique (sollicitation sexuelle inappropriée, exposition à la pudeur), sont les plus prévalentes, et sont rapportées chez 31% des filles et 17% des garçons (Barth et al., 2013). Par ailleurs, 13% des filles et 6% des garçons rapporteraient une AS avec contact (toucher, caresser et embrasser) avant l'âge de 18 ans alors que 9% des filles et 3% des garçons rapporteraient une ASE avec pénétration orale, vaginale ou anale (Barth et al., 2013). Au Québec, les données révèlent que la prévalence des ASE l'enfance est de 22,1% chez les femmes et de 9,7% chez les hommes (Hébert et al., 2009). Ces chiffres témoignent de l'ampleur du phénomène et soulignent donc l'urgence d'y accorder une attention particulière, d'autant plus qu'une proportion importante des victimes hésiterait à dévoiler leur agression sexuelle. En effet, selon la même étude, une victime sur cinq n'aurait jamais divulgué l'ASE. Par ailleurs, seules 21,2% des victimes divulgueraient l'ASE moins d'un mois après le premier épisode d'abus, alors que plus de la moitié (57,5%) le ferait plus de cinq ans après le premier épisode (Hébert et al., 2009).

1.1.2 Trauma cumulatif chez les victimes d'agression sexuelle à l'enfance

Le trauma cumulatif à l'enfance désigne le fait d'être exposé à plusieurs formes de maltraitance (violence sexuelle, physique, émotionnelle, négligence, exposition à la violence interparentale) (Briere et al., 2010; Hodges et al., 2013). Selon Finkelhor et ses collaborateurs (2007), chez les victimes d'ASE, le fait d'être exposé à quatre ou plus événements d'adversité réfère à la « polyvictimisation ». L'exposition à plusieurs formes de violence constitue un phénomène préoccupant, car elle touche une grande partie de la population. En effet, selon Finkelhor et al. (2011), 49 % des adolescent.e.s sont exposés à au moins deux types de traumatismes interpersonnels avant l'âge adulte. Au Québec, 75 % des adolescent.e.s auraient été exposé.e.s à au moins une forme de violence au cours de leur enfance dont 71 % d'entre eux auraient été exposé.e.s à plusieurs formes de traumas (Cyr et al., 2014).

Les ASE s'inscrivent souvent dans un contexte de polyvictimisation, où plusieurs formes de violence sont subies. En effet, les données révèlent une forte co-occurrence de l'ASE avec d'autres formes de maltraitance. Par exemple, Finkelhor et al. (2007) ont trouvé que parmi les jeunes âgés entre 2 et 17 ans victimes d'ASE, une proportion de 92 % avait également été exposée à d'autres formes de maltraitance. Les adolescentes ayant vécu une agression sexuelle présentent ainsi un risque important de subir d'autres formes de violence. Selon Finkelhor et al (2013), une adolescente agressée sexuellement au cours de l'année écoulée voit sa probabilité de subir une autre forme de maltraitance multipliée par deux ou trois, avec des risques encore plus élevés à l'échelle de la vie entière. Par exemple, les auteurs rapportent que dans leur échantillon, une adolescente de 16 ans ayant été victime d'ASE avait également été victime d'un vol, d'un cambriolage,

d'intimidation, de maltraitance psychologique et émotionnelle infligée par un adulte, et a été témoin d'une autre agression, au cours d'une même année (Finkelhor et al., 2007). Dans l'ensemble, il apparaît que l'exposition à une forme de violence, comme les agressions sexuelles, amplifie le risque d'être confronté à d'autres formes de victimisation.

1.2 Problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés chez les adolescentes victimes d'ASE

Les données statistiques révèlent une prévalence significative des problèmes de comportement chez les victimes d'ASE. En effet, afin d'éviter les émotions ou les réactions désagréables associées à leur expérience de victimisation, ces adolescentes peuvent adopter des comportements de retrait ou, au contraire, agressifs, et ainsi réagir de façon inadaptée dans des situations de la vie quotidienne (Lewis et al., 2016). En ce sens, les adolescentes victimes d'ASE présentent des difficultés d'adaptation significatives, incluant notamment davantage de comportements intérieurisés et extérieurisés que dans la population générale. Les recherches indiquent que les victimes d'ASE présentent un risque important de manifester des comportements intérieurisés et extérieurisés à des niveaux cliniques, en comparaison avec les victimes d'autres formes de violence interpersonnelle (Lewis et al., 2016). Majoritairement, les problèmes de comportement intérieurisés réfèrent à l'ensemble des conséquences vécues au niveau interne par la victime tels que l'anxiété, les symptômes de dépression, l'isolement social, les pensées suicidaires et l'automutilation (Achenbach, 1991). En revanche, les problèmes extérieurisés désignent les conséquences au niveau externe et regroupent des comportements perturbateurs souvent visibles et conflictuels. Ces comportements incluent l'agressivité, l'hyperactivité, l'opposition et la délinquance (Achenbach, 1991). Ainsi, face à l'ampleur de ces difficultés, et aux particularités des ASE par rapport à d'autres formes de violence, l'étude des comportements intérieurisés et extérieurisés apparaît essentielle pour mieux comprendre les mécanismes psychologiques et comportementaux propres à ce type de victimisation.

Selon Perez-Gonzalez et al. (2017), 33,3 % des adolescents ayant subi des ASE rapportent des symptômes intérieurisés atteignant des seuils cliniques, comparé à seulement 13,2 % des adolescentes non exposées aux ASE. Notamment, les adolescentes victimes d'ASE présentent souvent des symptômes associés à la dépression, au trouble de stress post-traumatique, à la somatisation et aux troubles alimentaires (Fergusson et al., 2013; Hillberg et al., 2011). Les idéations suicidaires, les symptômes dissociatifs et les comportements autodestructeurs tels que l'automutilation ne sont que d'autres conséquences répertoriées à l'adolescence chez les victimes d'ASE (Collin-Vézina et Hébert, 2005; Ensink et al., 2020; Hébert et al., 2019; Lalor et McElvaney, 2010). De même, les symptômes intérieurisés, tels que la dépression et l'anxiété contribuent à accentuer le retrait social chez les victimes d'ASE. Cette tendance est particulièrement préoccupante, car elle risque de priver les victimes du soutien social et émotionnel dont elles pourraient

bénéficier pour surmonter leur détresse. Selon Hébert et al. (2018), ces symptômes sont particulièrement marqués chez les victimes d'ASE en raison de la stigmatisation sociale et du sentiment de honte associés aux ASE, qui les amènent souvent à se replier sur elles-mêmes et éviter les interactions sociales par peur du jugement ou du rejet. De plus, les victimes d'ASE rapportent fréquemment une faible estime de soi et des difficultés de régulation émotionnelle (Hébert et al., 2006). Ces difficultés s'accompagnent souvent d'une perte de confiance envers les autres, qui nuit alors à leur capacité à nouer des relations significatives et authentiques (Blanchard-Dallaire et Hébert, 2014). Progressivement, ces défis les conduisent à s'isoler et à se renfermer sur elles-mêmes, renforçant chez elles un sentiment de différence et de marginalisation.

En parallèle, les comportements extériorisés, tels que l'agressivité, la délinquance et l'usage de substances, sont aussi fréquemment observés chez les adolescentes victimes d'ASE (Moreland et al., 2018). En effet, l'étude de Perez-Gonzalez et al. (2017) révèle que 24,2 % des victimes d'ASE présentent des symptômes extériorisés atteignant un seuil clinique, comparativement à seulement 10,9 % chez les adolescents non exposés à de telles expériences. Ces comportements semblent directement liés à l'incapacité de ces adolescentes à développer des stratégies d'adaptation fonctionnelles pour faire face aux traumatismes subis. Comme l'ont souligné VanMeter et al. (2020), l'absence de stratégies adaptatives pour faire face à l'adversité conduit souvent ces victimes à manifester des niveaux plus élevés de comportements antisociaux, qui augmentent leur exposition à des conflits. Dans le même ordre d'idées, les ASE sont souvent associées à des formes d'agressivité relationnelle et indirectes (Crick et Grotpeter, 1995). Bien que plus subtiles que l'agressivité physique, au risque d'être rejetées par leurs pairs, ces attitudes peuvent agraver l'isolement de ces adolescentes en détériorant leurs relations interpersonnelles, ce qui limite encore davantage leur capacité à tisser des liens de confiance et à recevoir un soutien émotionnel (Crick et al., 1999; Underwood, 2003).

Par ailleurs, les problèmes de comportement sont souvent le résultat d'un processus transactionnel complexe entre les vulnérabilités individuelles et les facteurs de risque environnementaux (Moffitt, 1993). Ce processus, en perturbant le développement des habiletés sociales, crée une vulnérabilité durable qui compromet l'ajustement psychosocial à long terme (Beauchaine et al., 2009). Dès lors, différents facteurs seraient impliqués dans la diversité des trajectoires symptomatiques. En effet, plusieurs études indiquent que l'exposition à divers types de traumatismes est associée à une symptomatologie plus complexe et à des conséquences plus sévères que celles engendrées par un seul événement isolé (Villodas et al., 2021).

Des études scientifiques, notamment celles de Dierkhising et al. (2019) et Miller et al. (2023) tendent à démontrer que le fait de vivre plusieurs événements traumatisques serait associé à un risque élevé de présenter une complexité de symptômes pathologiques, comme de l'anxiété, des symptômes dépressifs, des symptômes dissociatifs ainsi que des comportements délinquants. En effet, selon une étude de Putnam

et al. (2013), les jeunes ayant été exposés à plusieurs formes de maltraitance présentaient les scores les plus élevés de symptômes traumatisques et de délinquance. Plus spécifiquement, le trauma cumulatif chez les victimes d'ASE serait associé à l'émergence de problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés. Par exemple, dans une étude menée auprès de 171 enfants victimes d'ASE âgés de 6 à 13 ans, Choi et Oh (2014) ont examiné les effets combinés de différentes formes de violence à l'enfance, comme la violence physique, l'exposition à la violence conjugale, la séparation traumatisante des parents, la négligence et la violence sexuelle. Leurs résultats révèlent que le TCE pourrait exercer une forte influence sur les symptômes développés subséquemment (Choi et Oh, 2014). Plus précisément, chez ces enfants victimes d'ASE, une augmentation des problèmes intérieurisés (comme l'anxiété ou la dépression) et extérieurisés (comme les comportements agressifs) était la conséquence la plus fréquente et importante en lien avec la sévérité des TCE (Choi et Oh, 2014). Ainsi, ce résultat est particulièrement préoccupant, car il soutient l'idée selon laquelle l'accumulation de différentes formes de maltraitance dès l'enfance est associée à des conséquences comportementales et psychologiques plus sévères chez les victimes d'ASE que des événements traumatiques isolés.

Ces conclusions sont cohérentes avec la littérature précédente qui souligne l'importance de reconnaître l'effet synergique des expériences de maltraitance multiples chez les enfants. Néanmoins, les répercussions des TCE sont susceptibles de persister et de s'intensifier à l'adolescence. Les recherches suggèrent que les stades de développement pourraient influencer différemment l'impact des traumatismes cumulatifs. En effet, l'adolescence est souvent considérée comme une période charnière et complexe sur le plan développemental, marquée par d'importants changements physiologiques et psychologiques qui influencent profondément la manière dont les adolescentes perçoivent et réagissent aux événements traumatiques (Brown, 2001). Finkelhor et Browne (1985) expliquent que les jeunes enfants, en raison de leur compréhension limitée de la réalité, appréhendent différemment les effets de ces événements. En revanche, les adolescentes, plus conscientes des normes sociales, sont davantage susceptibles de ressentir des émotions comme de la culpabilité et de la peur. De même, les transformations qui surviennent au niveau biologique viennent jouer un rôle important sur les émotions de ces adolescentes, ce qui peut influencer leur façon de réagir aux TCE (Brown, 2001). Ainsi, ces particularités suggèrent que les adolescentes victimes de TCE pourraient être plus susceptibles de manifester des problèmes de comportement tout au long de l'adolescence. Il est donc essentiel de tenir compte du contexte unique de l'adolescence pour comprendre comment ces traumatismes affectent leur développement, car les impacts diffèrent souvent de ceux observés pendant l'enfance. Dès lors, des études supplémentaires seraient nécessaires pour explorer si ces résultats s'étendent aux adolescentes.

Néanmoins, bien que les expériences de TCE contribuent à accroître la vulnérabilité des victimes ayant été victimisées sexuellement à développer des problèmes de comportement, ce ne sont pas toutes les victimes qui présentent des difficultés à l'adolescence (Domhardt, 2015). Certains facteurs pouvant être associés à un risque moindre d'apparition de conséquences pathologiques ont d'ailleurs été identifiés. En effet, les recherches récentes sur la polyvictimisation indiquent que la présence de ressources personnelles (p.ex : l'estime de soi, les compétences d'adaptation, le sentiment de maîtrise) et relationnelles (p.ex : le soutien social, les relations positives avec les adultes) favorise la résilience et la capacité à s'épanouir malgré l'exposition à de multiples événements traumatisques (Hamby et al., 2020). Considérant la diversité des trajectoires chez les adolescentes victimes à la suite d'une ASE, il apparaît essentiel d'examiner les facteurs de protection susceptibles de soutenir leur résilience. Selon Southwick et al. (2014) un haut niveau de résilience pourrait agir comme un facteur de protection contre la détresse psychologique et la présence de symptômes pathologiques. Masten et Wright (2010) identifient d'ailleurs plusieurs facteurs de protection comme l'attachement sécurisé au sein des relations, les capacités intellectuelles, la capacité à donner un sens, l'auto-régulation, la culture et la religion. Cependant, la résilience demeure un concept complexe à opérationnaliser et les auteurs la définissent selon des approches vairées. En effet, la révision systématique de Jean-Thorn et al. (2022) souligne qu'il existe dans la littérature une variation dans la conceptualisation de la résilience qui rend difficile la comparaison des facteurs possiblement liés à la résilience identifiées dans les différentes études. Pourtant, l'identification des facteurs associés à la résilience à partir d'un modèle plus holistique permettrait de favoriser une meilleure adaptation chez les adolescentes victimes d'ASE. Une telle démarche permettrait de mettre en évidence les éléments clés à intégrer dans les interventions sexologiques à promouvoir auprès des adolescentes victimes d'ASE.

1.3 La résilience

Malgré les répercussions néfastes que peuvent vivre les victimes d'ASE, plusieurs études suggèrent qu'un nombre significatif de victimes ne développerait pas de symptômes psychopathologiques atteignant des niveaux cliniques (Pérez-Gonzalez, 2017). Ainsi, certaines jeunes victimes d'ASE suivraient une trajectoire de résilience et démontreraient une adaptation positive malgré l'adversité (Yoon et al., 2020). Cette proportion d'enfants et d'adolescent.e.s victimes résilientes varierait de 10 % à 53% selon les 37 études analysées dans la revue de Domhardt et al. (2015). L'approche multi-systémique (référence), fondée sur le modèle écologique-transactionnel de Bronfenbrenner (1977), conceptualise la résilience comme un processus émergent d'interactions complexes entre différents niveaux environnementaux, tels que les soutiens sociaux (par exemple, une famille attentionnée, un groupe de pairs soutenant ou des voisins aidants); des soutiens institutionnels et structurels (par exemple, un accès facilité aux soins de santé ou des possibilités d'emploi) et des ressources environnementales (par exemple, des espaces sûrs et accessibles ou

un logement de qualité) (de Leeuw et Malcolm-Smith, 2023; Masten et al., 2021; Ungar et Theron, 2020). Ceci dit, ces niveaux sont interdépendants et s'influencent réciproquement, formant ainsi des systèmes de facteurs de protection susceptibles d'influencer le développement d'une l'adolescente (Cicchetti et Lynch, 1993; Luthar et al., 2000). En somme, l'approche multi-systémique postule que la résilience ne se limite donc pas aux capacités individuelles, mais résulte plutôt d'un processus dynamique et interactif de soutien provenant de différents systèmes. En conséquence, les jeunes bénéficiant de ressources adéquates à chacun de ces niveaux seraient plus susceptibles d'avoir une meilleure capacité à maintenir ou à restaurer un équilibre psychologique et émotionnel (Ungar, 2012; Ungar et Theron, 2020).

Dans la continuité de cette perspective, la perspective socioécologique (référence), envisage la résilience comme un processus d'adaptation qui émerge de l'interaction entre l'individu et son environnement. Ainsi, la résilience renvoie ainsi à la capacité, tant individuelle que collective, de surmonter à l'adversité en mobilisant et en utilisant de manière significative les ressources psychologiques, sociales, culturelles et matérielles accessibles (Ungar, 2008). Plus précisément, selon Ungar (2011), la résilience influence l'individu avant, pendant et après une expérience d'adversité selon trois catégories de facteurs : a) les ressources individuelles qui font référence aux compétences personnelles favorisant l'adaptation telles que l'habileté à résoudre des problèmes, la persévérance, la motivation scolaire ou encore la possibilité de contribuer au bien-être des autres; b) les ressources relationnelles qui renvoient au soutien offert et à la présence de figures prosociales significatives (,donneurs de soins ou de la famille élargie), ainsi qu'à la valorisation des traditions familiales et culturelles; c) les ressources communautaires qui englobent les interactions positives et le soutien provenant des pairs ou des membres de la communauté, le sentiment d'appartenance au sein de systèmes tels que l'école, ainsi que le sentiment d'équité et de justice au sein de la communauté. Les différents facteurs seront détaillés dans les prochaines sections.

1.3.1 Les facteurs de protection individuels à l'adolescence

Dans l'ensemble, les recherches sur la résilience identifient un ensemble de capacités et de facteurs de protection individuels qui jouent un rôle central dans la capacité d'adaptation des individus face à des situations d'adversité. Selon le modèle de résilience de Ungar (2011), les ressources individuelles regroupent l'ensemble des compétences personnelles qui favorisent l'adaptation face à l'adversité. Elles incluent notamment la capacité à résoudre des problèmes et l'auto-contrôle, l'estime de soi, la persévérance dans l'accomplissement des tâches, le sentiment d'efficacité personnelle, l'engagement scolaire et l'ambition (Afifi et MacMillan, 2011; Bogar et Hulse-Killacky, 2006; Cicchetti, 2013; Ungar, 2011). Ces ressources se manifestent également à travers le développement de compétences professionnelles et la capacité à contribuer au bien-être d'autrui (Ungar, 2011). Plus précisément, le sentiment d'auto-efficacité

favorise une adaptation positive chez les jeunes victimes de maltraitance, notamment sur le plan comportemental, social et académique (Cicchetti et Rogosch, 1997). À ces attributs s'ajoutent une orientation vers l'accomplissement, l'empathie, l'optimisme et l'autonomie, qui renforcent par le fait même leur sentiment d'auto-efficacité et l'aptitude à surmonter les épreuves (Afifi et MacMillan, 2011; Theron et Theron, 2010).

À cet égard, la motivation scolaire jouerait aussi également un rôle protecteur important. Les études indiquent que les adolescentes impliquées dans des activités scolaires ou extrascolaires bénéficient d'une meilleure adaptation sociale et psychologique, en plus d'obtenir de meilleures performances académiques à long terme (Khambati et al., 2018). Plus précisément, l'école pourrait jouer un rôle déterminant en offrant aux jeunes des occasions d'apprentissage, de reconnaissance et de participation, favorisant ainsi le développement de compétences et le sentiment d'efficacité personnelle (Ungar, 2013). Selon une étude de Theron et al. (2022) l'école offrirait effectivement un cadre propice à la création de cercles sociaux et au développement de relations positives, ce qui contribuerait à diminuer le risque de comportements antisociaux chez les jeunes victimes d'adversité (Theron et al., 2022).

En somme, les facteurs de protection individuels tels que la persévérance, l'ambition, l'engagement scolaire, le sentiment d'efficacité personnelle, la capacité à se fixer des objectifs, à contribuer au bien-être d'autrui et à développer des compétences professionnelles jouent un rôle déterminant dans la trajectoire de résilience des jeunes. Toutefois, ces ressources ne se développent pleinement que lorsque l'environnement offre des opportunités concrètes d'expression, de reconnaissance et de participation.

1.3.2 Les facteurs de protection relationnels à l'adolescence

Selon le modèle de résilience de Ungar (2011), les ressources relationnelles concernent le soutien offert et la présence de figures prosociales significatives, telles que les donneurs de soins ou les membres de la famille élargie, ainsi que la valorisation des traditions familiales et culturelles.

À l'adolescence, les facteurs de protection présents au sein de la famille jouent un rôle déterminant pour prévenir les problèmes de comportement. Des relations familiales stables et nourrissantes peuvent jouer un rôle prépondérant dans la résilience des adolescentes face aux problèmes de comportement intérieurisés et exteriorisés. Parmi les facteurs de protection familiaux, les relations positives avec les parents, la parentalité bienveillante et la présence de figures de soutien sont particulièrement soulignées pour contrer les effets des TCE.

Les études indiquent que la présence d'un parent comme source de soutien stable durant l'adolescence joue un rôle essentiel et exerce un effet bénéfique sur le développement des niveaux de résilience chez l'enfant. De manière générale, les études rapportent que la chaleur, la cohérence et la disponibilité des parents sont associées à une meilleure santé mentale chez les adolescentes exposées à de multiples expériences d'adversité (Cameranesi et al., 2022). La présence d'un adulte qui procure à l'enfant un sentiment de sécurité permettrait également de réduire les effets des expériences d'adversité à l'enfance (McElroy et Hevey, 2014; Walker et al., 2011;). Une étude rapporte que l'impact de l'exposition à l'enfance à quatre événements d'adversité ou plus était significativement réduit lorsque la victime bénéficiait de la présence d'un adulte assurant sa sécurité et répondant à ses besoins fondamentaux (Crouch et al., 2019). Précisément, un adulte offrant un cadre sécurisant, stable et bienveillant permet de limiter les effets des expériences d'adversité (négligence, la violence émotionnelle, violence physique, violence sexuelle et la violence interparentale) sur le stress, la dépression et les difficultés en lien avec la gestion émotionnelle, associés aux symptômes intérieurisés (Crouch et al., 2018). Toutefois, les auteurs insistent sur la nécessité de poursuivre les recherches pour mieux comprendre comment ces facteurs de protection pourraient également atténuer d'autres conséquences importantes sur la santé, notamment les problèmes extérieurisés. Une autre étude effectuée auprès d'enfants et d'adolescent.e.s victimes de TCE (âge moyen : 12,38 ans) indique que le soutien familial et le bon fonctionnement émotionnel des parents contribuent à réduire les risques de développer des troubles tels que l'anxiété, la dépression, la colère, le stress post-traumatique, la dissociation, les préoccupations sexuelles, les comportements perturbateurs et une faible estime de soi (Crnković et Miljević-Ridički, 2020). Des résultats similaires ont été identifiés dans des études réalisées auprès d'échantillons de jeunes victimes d'agression sexuelle (Bogar et Hulse-Killacky, 2006; Marriott et al., 2014). Ces résultats suggèrent que les facteurs familiaux, tels qu'un soutien parental, un environnement familial stable et des relations nourrissantes, semblent être systématiquement associés à la résilience. À titre d'exemple, une étude révèle que les jeunes ayant reçu un soutien parental important exprimaient un plus fort sentiment d'appartenance communautaire, ressentaient qu'ils avaient accès à davantage d'opportunités et se montraient engagés sur le plan culturel (Ashton et al., 2021).

Au-delà de la qualité des relations parentales, le soutien des membres de la famille élargie, constitue également un facteur protecteur significatif. En effet, pour les victimes d'expériences d'adversité, notamment celles ayant subi plusieurs événements traumatiques, l'accès constant à un adulte de confiance joue un rôle clé dans le développement des ressources de résilience durant l'adolescence. En effet, la possibilité de tisser des liens significatifs avec un adulte significatif, en dehors des figures parentales, leur permet de s'identifier à des modèles positifs (Ahston et al., 2021). Un environnement familial élargi capable d'offrir un soutien constant contribue alors à limiter les effets néfastes des expériences traumatisques sur les

adolescentes. En favorisant le développement de compétences sociales, il crée un cadre propice à l'adoption de comportements adaptés et réduit les problèmes de comportements (Narayan et al., 2018). Ainsi, en offrant des repères stables et des modèles inspirants, la famille élargie contribue activement à l'émergence d'une résilience durable chez les adolescentes confrontées à des expériences adverses. Par ailleurs, de nombreuses études montrent que des interactions de qualité avec des donneurs de soins secondaires et la famille élargie sont étroitement liées à de meilleures performances scolaires, à un niveau d'éducation plus élevé et à une diminution des comportements problématiques en milieu scolaire (Narayan et al., 2018). Par conséquent, ces résultats justifient la nécessité de renforcer les liens familiaux, la disponibilité constante d'un adulte de confiance et d'assurer la présence de figures de soutien stables dans l'entourage des jeunes.

De plus, les traditions communautaires et culturelles jouent un rôle essentiel dans le développement de la résilience des adolescentes victimes de TCE. Les études indiquent que la participation à des activités religieuses ou spirituelles est souvent associée à une diminution des symptômes dépressifs et des comportements à risque chez les adolescentes (Kelly et al., 2015; Yonker et al., 2012). De même, l'implication dans des groupes communautaires, notamment l'engagement au sein d'organisations religieuses est associé à une plus grande résilience en offrant un soutien social et des interactions positives aux adolescentes polyvictimisées (Khambati et al., 2018). En participant aux traditions culturelles familiales les adolescentes peuvent se sentir acceptées et reconnues au sein d'une communauté et d'un collectif plus large. Ce sentiment d'appartenance est particulièrement important dans ces contextes où ces adolescentes peuvent se sentir isolées et marginalisées en lien avec leur expérience d'adversité.

Enfin, les traditions culturelles offrent aussi aux jeunes l'opportunité de s'entourer d'adultes et de pairs engagés dans des comportements prosociaux, ce qui favorise l'adoption et l'intégration de valeurs prosociales chez les jeunes (Zimmerman et al., 2013). Dès lors, il est possible d'imaginer que les traditions permettent aux adolescentes victimes de TCE d'être impliquées dans des initiatives prosociales, ce qui a l'avantage de promouvoir l'adhésion aux valeurs prosociales comme l'entraide, la coopération et le respect des normes sociales. Par exemple, la participation à des activités traditionnelles ou communautaires comme les célébrations religieuses, les rituels ou des activités associatives locales exposent ces adolescentes à des modèles prosociaux. Ainsi, l'appréciation des traditions permettant d'adopter des comportements plus adaptés, réduisant alors le risque d'adopter des comportements déviants ou autodestructeurs (Cameranesi et al., 2022; Theron et al., 2022).

1.3.3 Les facteurs de protection communautaires à l'adolescence

Selon le modèle de résilience de Ungar (2011), les ressources communautaires qui englobent les interactions positives et le soutien provenant des pairs ou des membres de la communauté, le sentiment

d'appartenance au sein de systèmes tels que l'école, ainsi que le sentiment d'équité et de justice au sein de la communauté.

Si le cadre familial reste traditionnellement perçu comme une source primaire de protection, plusieurs études soulignent que les ressources relationnelles extérieures revêtent une importance toute aussi grande, voire supérieure, durant l'adolescence (Hébert et al., 2014). En effet, lorsqu'un enfant grandit dans un environnement marqué par la violence, les adultes censés le protéger deviennent eux-mêmes à l'origine de ses souffrances. Néanmoins, une étude de Ashton et al (2021) a été réalisée dans le but de vérifier l'hypothèse selon laquelle la présence d'un adulte de confiance ou d'un soutien relationnel stable durant l'enfance pourrait atténuer les effets négatifs associés aux expériences d'adversité durant l'enfance. Aux fins de cette étude, une enquête rétrospective par questionnaire en ligne a été effectuée auprès d'un échantillon ($n = 2\,497$) d'adultes âgés de 18 à 69 ans afin de recueillir des données sur leurs expériences vécues avant 18 ans, la présence d'un adulte de confiance et leurs sources de soutien adulte. Les résultats obtenus ont permis d'observer qu'une proportion importante des répondants (75,5 %) rapportait avoir eu accès à un adulte de confiance au sein de leur communauté pendant l'enfance. Toutefois, cette proportion diminuait fortement (44,4 %) chez les personnes ayant vécu quatre expériences d'adversité ou plus à l'enfance (incluant la négligence; l'abus physique, verbal et sexuel ; séparation parentale ; exposition à la violence interparentale ; grandir dans un foyer marqué par la maladie mentale, l'abus d'alcool, l'abus de drogues ou la présence d'un individu incarcéré ; négligence physique et négligence émotionnelle). Par ailleurs, les résultats de cette étude ont démontré que les participants ayant vécu au moins quatre expériences d'adversité à l'enfance mais bénéficiant d'un adulte de confiance étaient significativement plus susceptibles de recevoir du soutien de leurs amis et d'avoir accès à des opportunités de développement de compétences essentielles à leur réussite, comparativement à ceux n'ayant eu accès à aucun adulte de confiance. Seulement, lorsque le soutien familial fait défaut, les adolescentes doivent se tourner vers les ressources disponibles au sein de leur communauté. Par exemple, les auteurs ont constaté que la présence de facteurs de résilience comme la participation à des activités communautaires, le soutien des pairs et des adultes bienveillants extérieurs à la famille réduirait la probabilité de présenter des difficultés psychologiques, des comportements à risque ou des problèmes d'adaptation, même chez les jeunes fortement exposés aux expériences d'adversité. Ces résultats suggèrent que le renforcement des réseaux de soutien et des relations significatives peut jouer un rôle clé dans la prévention des effets à long terme des adversités vécues durant l'enfance (Ashton et al., 2021). C'est dans ce contexte que les relations extrafamiliales, qu'il s'agisse d'ami.e.s, d'enseignant.e.s ou d'intervenant.e.s prennent alors une importance cruciale (Narayan et al., 2018; Ashton, 2021). De façon plus élargie, le soutien de la communauté joue un rôle déterminant dans le développement de la résilience des adolescentes victimes de TCE. Par exemple, lorsque la famille réagit de

manière négative face au dévoilement d'un évènement traumatisant comme l'ASE (par le blâme, le rejet, le déni ou la stigmatisation), l'appui des membres de la communauté, tels que les voisin.e.s, les enseignant.e.s, les membres religieux, ainsi que le soutien des institutions comme la police et les services sociaux, devient essentiel. En effet, l'étude d'Elliott et al. (2022), réalisée auprès de 224 victimes d'ASE âgées de moins de 18 ans au moment de l'étude, a examiné la nature des réactions reçues lors du dévoilement. Les résultats ont montré que les réactions négatives provenaient majoritairement des membres de la famille (87 %), alors que les pairs et les intervenant.e.s communautaires (enseignant.e.s, professionnels de la santé, travailleurs sociaux) tendaient davantage à accueillir le dévoilement de manière bienveillante et soutenante. Cette étude met en évidence que, lorsque la famille réagit de façon invalidante ou hostile au dévoilement, le soutien offert par la communauté et les institutions devient un facteur essentiel de protection et de résilience pour les victimes d'ASE, en leur apportant en leur offrant de la validation, de la reconnaissance et du soutien émotionnel.

À l'adolescence, les jeunes construisent leur identité en grande partie à travers leurs interactions sociales. Des études ont ainsi montré que le fait de disposer d'un réseau d'amis fiables et de figures adultes significatives contribue à réduire l'impact des expériences traumatisantes, diminuant les risques de développer des symptômes intérieurisés comme la dépression ou les idéations suicidaire, et exteriorisés comme les comportements perturbateurs (Frédérick et al., 2018; Hébert et al., 2014; Hopkins et al., 2018;). Par conséquent, les adolescentes ayant accès à des réseaux communautaires solides, tels que des mentors ou des modèles prosociaux tendent à être mieux équipées pour faire face aux adversités et poursuivre des trajectoires positives (Somefun et al., 2023). Plus particulièrement, la présence de modèles prosociaux, qu'il s'agisse de pairs ou d'adultes extérieurs à la famille, joue un rôle déterminant dans le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes victimes de TCE. Elle contribue à renforcer leur estime de soi, à améliorer leur capacité à réguler leurs émotions et à favoriser l'apprentissage de comportements prosociaux (Cameranesi et al., 2022; Hopkins et al., 2018). Cela s'explique par la qualité des relations établies avec ces figures prosociales. À titre d'exemple, une étude de Cameranesi et al. (2022) visait à examiner les mécanismes par lesquels l'adversité familiale (violence conjugale, séparation parentale, dépendance, maladie) influence les problèmes de comportement chez les adolescent.e.s. Les auteurs ont mené une enquête transversale auprès de deux échantillons composés de 230 adolescent.e.s canadienn.e.s ($n = 230$) et sud-africain.e.s ($n = 421$) âgé.e.s en moyenne de 16 ans, vivant dans des contextes socioéconomiques précaires. Les résultats obtenus à l'aide d'analyses de médiation modérée montrent que le soutien des pairs agissait comme un facteur de protection significatif, réduisant les comportements exteriorisés chez les adolescent.e.s canadienn.e.s. Ces observations suggèrent qu'en offrant aux jeunes des opportunités de créer des liens équilibrés et respectueux, basés sur la réciprocité et des intérêts communs,

ces interactions deviennent un terrain propice à l'exercice de comportements prosociaux, comme la gestion des conflits et la résolution efficace de problèmes (Cameranesi et al., 2022). Par conséquent, la capacité d'une communauté à promouvoir des normes prosociales et soutenir positivement les adolescentes victimes d'ASE permettrait de réduire leur vulnérabilité à des influences négatives, déviantes et antisociales de leurs pairs (Hofmann et Müller, 2018).

De même, les jeunes ayant un fort sentiment d'appartenance au sein de systèmes comme l'école sont plus susceptibles de développer des compétences sociales et de gestion du stress, ainsi que de réussir sur le plan académique. À l'inverse, en l'absence de ce sentiment, les jeunes exposés à des expériences d'adversité présenteraient un risque important d'échecs scolaires et de comportements à risques (Ashton, 2021).

En somme, les environnements sociaux et communautaires offrent un contexte riche de facteurs protecteurs potentiels. Les réseaux de soutien, les relations positives avec les pairs et des adultes bienveillants, ainsi que l'engagement dans des activités communautaires constituent des éléments centraux pour promouvoir la résilience. Étant donné que les facteurs de protection ont été associés à moins de symptômes liés aux expériences négatives et ont été associés à des résultats positifs à long terme, il pourrait être pertinent d'examiner le rôle de la résilience dans ces associations.

1.3.4 Les facteurs de résilience en tant que médiateurs de la relation entre le TCE et les problèmes de comportement

À la lumière des données empiriques disponibles, certaines pistes peuvent être dégagées quant aux variables pertinentes à considérer pour un modèle visant à expliquer pourquoi certaines victimes de TCE ne développeront pas de problèmes de comportement intérieurisés ou extérieurisés.

Lorsqu'on envisage l'exposition au TCE chez les adolescentes, il est possible de s'attendre à des conséquences négatives sur le fonctionnement général puisque le contexte de maltraitance expose l'individu à un stress particulièrement intense qui affecte le développement d'habiletés et de ressources permettant d'atténuer les impacts négatifs de l'adversité. Cela dit, certaines études révèlent un lien entre les symptômes traumatisques (comme l'anxiété, la dépression, la colère, le stress traumatisque et la dissociation) et des facteurs individuels, relationnels et communautaires parmi les adolescentes exposées au TCE (Crnković et al. 2020; Somefun et al. 2023). Ainsi, il est possible d'envisager qu'à long terme, de bonnes ressources associées à la résilience telles que les ressources individuelles, relationnelles et communautaires favorisent une meilleure adaptation chez les victimes de TCE (Ungar, 2011).

À notre connaissance, bien peu d'études ont précisément examiné les trois facteurs associés à la résilience comme médiateurs de la relation entre le TCE et les problèmes de comportement. Ceci dit, Zahradnik et al. (2010) ont voulu examiner dans quelle mesure les trois facteurs associés à la résilience pouvaient jouer un rôle médiateur dans la relation entre le TCE et les symptômes de stress post-traumatique (précisément, une reviviscence des souvenirs traumatiques, une hypervigilance, un évitement et une somatisation) chez les adolescents autochtones. Pour ce faire, ces chercheurs ont réalisé une étude quantitative transversale auprès de jeunes ($n = 126$) Mi'kmaq âgés de 14 à 18 ans provenant de deux écoles secondaires d'une communauté de la Nouvelle-Écosse. Les résultats des analyses de régression hiérarchique indiquaient que la résilience jouait un rôle modérateur dans la relation entre l'exposition à la violence et la reviviscence des souvenirs traumatiques. Ainsi, l'exposition à la violence prédisait une intensité plus élevée de symptômes de reviviscence seulement chez les jeunes présentant de faibles niveaux de résilience, particulièrement lorsque les ressources familiales et communautaires étaient limitées. À l'inverse, des niveaux élevés de résilience particulièrement les ressources familiales et communautaires, semblaient réduire les effets négatifs de l'exposition à la violence sur les symptômes de stress post-traumatique. Cependant, cette étude présente certaines limites, notamment le fait que l'échantillon, constitué uniquement de jeunes scolarisés d'une même communauté Mi'kmaq, limite la généralisabilité des résultats à d'autres populations. Par ailleurs, bien que ces résultats se limitent à certaines difficultés associées aux symptômes intérieurisés (i.e. symptômes de stress post-traumatique), ils démontrent l'effet médiateur des ressources associées à la résilience, spécifiquement familiale et communautaire, et laissent croire que de tels effets pourraient aussi s'étendre à d'autres symptômes intérieurisés et extérieurisés. Puisque la relation entre l'exposition au TCE et l'adaptation positive semble impliquer plusieurs systèmes de soutien, il importe que le cadre conceptuel à partir duquel seront examinées les relations entre le TCE et les problèmes intérieurisés et extérieurisés tiennent compte simultanément des variables individuelles, relationnelles et communautaires. Par conséquent, la résilience selon le modèle de Ungar (2011), s'avère particulièrement pertinente pour tenter de comprendre les liens qui existent entre ces variables.

Bien que les études documentant ces associations soient rares, certaines études examinent néanmoins les expériences d'adversité des adolescentes ayant des difficultés psychologiques, dans une perspective socio-écologique. C'est le cas de l'étude transversale de Shahidi et al. (2024) qui a utilisé trois facteurs associés à la résilience (la résilience relationnelle, reliée aux pairs ; la résilience basée sur les parents et les donneurs de soins; et la résilience sociale/ communautaire) en guise de médiateurs de la relation entre l'exposition au cumul de maltraitance et les difficultés émotionnelles (incluant les symptômes de stress post-traumatique) ou comportementales (incluant les altérations des activités personnelles et des relations). Pour ce faire, un échantillon ($n = 251$) de jeunes âgés de 14 à 19 ans ($M_{âge} = 16,46$ ans; $\bar{ET} = 1,42$; 32 % de

garçons, 58 % de filles, 9 % de participants non-binaires et 1 participant n'ayant pas indiqué son genre) recevant des services de protection de l'enfance en Nouvelle-Écosse a été utilisé. Plus précisément, les jeunes de l'échantillon avaient été exposés à des expériences d'adversité, incluant l'abus émotionnel, physique et sexuel. Les résultats obtenus révèlent dans un premier temps que les jeunes ayant vécu un plus grand nombre d'expériences d'adversité présentent des niveaux plus élevés de difficultés comparés à ceux ayant vécu moins d'adversité. Cela dit, les analyses de modélisation par équations structurelles de l'étude montrent que la résilience atténueait significativement les effets des expériences d'adversité sur les troubles de santé mentale (effet direct de la résilience : $\beta = -0.409, p < .001$; effet indirect des expériences d'adversités via la résilience : $\beta = 0.236, p < .001$). Plus spécifiquement, les facteurs de résilience relationnelle et sociale/communautaire agissaient comme médiateurs entre les expériences d'adversité vécues dans l'enfance et les symptômes pathologiques chez les adolescents. Cependant, cette étude comporte certaines limites méthodologiques. D'une part, la portée restreinte des types d'adversité évalués, qui exclut notamment la négligence et la violence interparentale, limite la compréhension globale de l'impact cumulatif des expériences d'adversité. D'autre part, les symptômes mesurés concernent principalement des manifestations intérieurisées, telles que la dépression et les symptômes de stress post-traumatique, sans tenir compte des comportements extériorisés (p.ex. les comportements antisociaux ou l'agressivité), qui auraient pu offrir une vision plus complète du fonctionnement psychologique. Enfin, le fait que l'échantillon incluait à la fois des filles et des garçons soulève la question de possibles différences selon le genre dans les mécanismes de résilience. Il est possible que des études portant exclusivement sur des adolescentes mettent en évidence d'autres dynamiques de résilience, notamment en lien avec l'importance des ressources relationnelles et interpersonnelles dans leurs trajectoires d'adaptation. En outre, bien que les résultats de cette étude soulignent que le cumul de maltraitance contribue de façon significative à l'émergence de difficultés psychologiques chez les adolescent.e.s, ils ne permettent pas de généraliser ces conclusions aux victimes d'ASE spécifiquement puisque les participants n'avaient pas nécessairement vécu ce type de victimisation. En conséquence, il serait important de considérer l'agression sexuelle dans l'étude des conséquences associées au TCE afin de dégager une compréhension plus fine de la résilience chez ces adolescentes.

En somme, bien que les recherches s'intéressant aux effets à long terme du TCE via des variables médiatrices se sont bonifiées au cours des dernières décennies, elles présentent des limites. Alors que les liens entre le TCE et les effets délétères sur le fonctionnement psychosocial semblent établis depuis longtemps (Finkelhor, 2007), il n'en demeure pas moins que très peu d'études examinent les mécanismes impliqués. Peu d'études considèrent encore l'effet cumulatif de l'agression sexuelle et de l'historique de maltraitance (i.e. négligence, violence physique et émotionnelle, exposition à la violence conjugale) sur le fonctionnement des adolescentes. Pourtant, toutes ces caractéristiques sont susceptibles d'influencer les

mécanismes impliqués dans le développement des problèmes de comportement. Par conséquent, les facteurs qui expliquent la relation entre l'exposition au TCE et l'adaptation positive restent à clarifier chez les victimes d'ASE particulièrement. Le présent mémoire permettra donc pallier ces limites en tenant compte de l'effet de ces différents facteurs sur l'adaptation positive des adolescentes victimes d'ASE.

1.4 Objectifs et hypothèses

Ce mémoire poursuit deux objectifs principaux. Le premier objectif vise à examiner l'association entre le trauma cumulatif et les problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés chez les adolescentes victimes d'ASE. Ainsi, il est attendu que l'exposition à d'autres formes de maltraitance (par ex., avoir vécu de la violence physique, de la violence psychologique, de la négligence) chez les adolescentes victimes d'ASE sera associé à des problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés. Le second objectif explore l'effet indirect des trois facteurs de résilience (individuelle, relationnelle et communautaire) dans le lien unissant le TCE et les problèmes de comportement (intérieurisés et extérieurisés) (voir figure 3.1.). Plus précisément, les trois facteurs de la résilience (individuelle, relationnelle et communautaire) seront testés séparément à travers six modèles de médiation distincts. Dans ce modèle, le trauma cumulatif pourrait être associé à davantage de difficultés, comme il est décrit dans le modèle de Finkelhor et al. (2007). De plus, la résilience pourrait être une variable médiatrice entre le trauma cumulatif et les problèmes de comportement. Plus particulièrement, les facteurs relationnels et communautaires pourraient être associés à moins de difficultés comme il est décrit dans le modèle de Ungar et al. (2011). Dès lors, il est attendu qu'un historique de trauma cumulatif chez les adolescentes victimes d'ASE sera associé à moins de ressources de résilience, en particulier des facteurs relationnels et communautaires, ce qui, en retour contribuera à des problèmes de comportement plus importants.

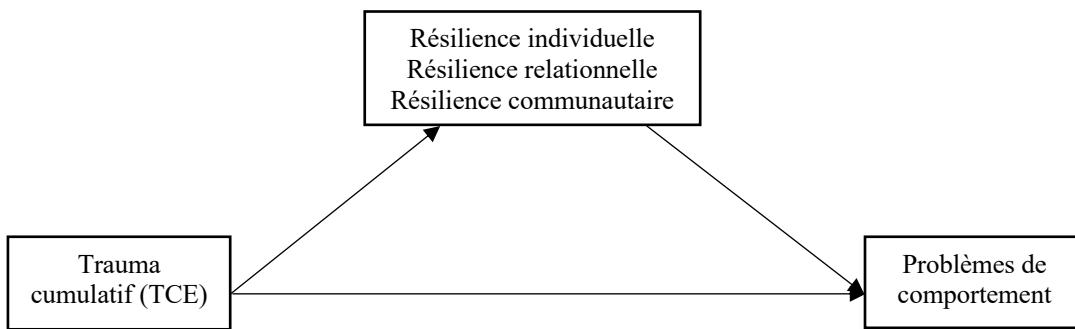


Figure 3.1. Modèle conceptuel de médiation du lien entre le trauma cumulatif et les problèmes de comportements intérieurisés et extérieurisés chez les adolescentes victimes d'ASE

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Pour l'élaboration du modèle de médiation proposé dans ce mémoire, il était essentiel de s'appuyer sur un cadre théorique intégrant différentes variables intermédiaires. Dans cette optique, deux modèles théoriques ont été retenus dans le présent mémoire afin de mieux comprendre les dynamiques complexes entre les ASE et l'émergence de problèmes de comportement à l'adolescence. Le premier, le modèle de polyvictimisation de Finkelhor et al. (2007), permet d'expliquer les impacts des expériences de traumatismes cumulatifs à l'enfance sur les victimes d'ASE. Le second, le modèle de résilience d'Ungar (2011), explore les ressources disponibles dans l'environnement d'un individu qui soutiennent son adaptation positive face à l'adversité. Cette section présentera le modèle de polyvictimisation et le modèle de résilience ainsi que leur application dans le cadre du présent mémoire.

2.1 Assises conceptuelles sur le trauma cumulatif

Différentes théories portant sur les expériences de TCE ont tenté d'expliquer comment ces expériences négatives vécues à l'enfance affectent plusieurs sphères de vie à l'adolescence, incluant le fonctionnement émotionnel et comportemental. Le modèle de polyvictimisation (Finkelhor et al. 2007) permet de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les TCE influencent le développement des adolescentes victimes d'ASE. En s'appuyant sur cette théorie, il serait possible d'expliquer l'impact à long terme des TCE sur les comportements intérieurisés (anxiété, dépression) et exteriorisés (impulsivité, agressivité) observés chez les adolescentes victimes d'ASE.

2.1.1 Modèle de polyvictimisation (Finkelhor et al., 2007)

La polyvictimisation désigne l'exposition cumulative à plusieurs formes de victimisation au cours de l'enfance. Ce concept, développé par Finkelhor et ses collaborateurs (2007), offre un cadre théorique pertinent pour saisir la complexité des conséquences de l'agression sexuelle à l'enfance sur le développement des adolescentes. Contrairement aux approches traditionnelles, qui examinent les formes de maltraitance de manière isolée (p. ex. : agression sexuelle, violence physique ou négligence), le cadre théorique de Finkelhor et al. (2007) proposent une vision intégrative mettant en évidence les interactions et les effets cumulatifs des différentes formes de maltraitance.

Selon Finkelhor et al. (2007), la polyvictimisation ne se limite pas à une répétition d'un même type de trauma (par exemple, l'ASE), mais inclut une variété d'expériences traumatiques subies par un même individu. Plus précisément, les expériences de TCE renvoient à l'expérience cumulée de plusieurs types de traumas en enfance, typiquement l'agression sexuelle, la violence physique et psychologique, au fait d'être témoin de violence interparentale, et à la négligence physique et psychologique (Briere, Hodges et Godbout, 2010; Finkelhor et al., 2007)

Les auteurs suggèrent que ces différentes formes de victimisation ne surviennent pas de manière aléatoire, mais sont souvent interreliées. Par conséquent, une adolescente ayant été victime d'ASE présente un risque accru d'être exposée à d'autres formes de victimisation. De même, les auteurs proposent que l'accumulation de différents types de maltraitance entraîne des conséquences comportementales et psychologiques plus graves que celles résultant d'événements traumatiques isolés (Finkelhor et al., 2007).

2.2 Assises conceptuelles sur la résiliences

Le présent mémoire s'appuie sur le modèle théorique de la résilience de Ungar et al. (2011) qui propose plusieurs facteurs de protection. La théorie de la résilience est un modèle fondamental pour expliquer le processus complexe et dynamique par lequel les adolescentes victimes d'ASE utilisent les ressources disponibles pour faire face à l'adversité.

2.2.1 Le modèle de résilience (Ungar, 2011)

Il est établi que la résilience est composée de différents facteurs de protection qui sont présents dans l'environnement d'un individu et qui proviennent de différents systèmes écologiques (Masten, 2015). En ce sens, les recherches ont souvent distingué deux grandes catégories de ressources en matière de résilience : d'une part, les ressources personnelles telles que l'estime de soi, la régulation émotionnelle et les stratégies de coping (Afifi et MacMillan, 2011; Bogar et Hulse-Killacky, 2006; Cicchetti, 2013) ; d'autre part, les ressources disponibles dans l'environnement, incluant les ressources relationnelles (comme le soutien social provenant de la famille ou des ami.e.s) et les ressources communautaires (comme le soutien des institutions sociales) (Ungar, 2011).

Ainsi, pour évaluer la résilience de manière complète, il est nécessaire d'avoir un cadre conceptuel qui permet de représenter l'aspect dynamique de ces composantes. Dans cette optique, Ungar (2011) a proposé un modèle conceptuel de résilience fondé sur une perspective socioécologique et multi-systémique.

Ce modèle met en lumière l'interaction dynamique entre les systèmes environnementaux et individuels, décrivant la résilience comme suit :

La résilience réfère à l'habileté qu'a un individu, seul et collectivement, d'utiliser les ressources qui lui permettent de surmonter l'adversité et de négocier pour avoir accès à ces ressources. (*Ungar, 2011*)

En d'autres mots, Ungar définit la résilience comme l'interaction entre l'individu et son environnement qui agit de façon à optimiser son développement malgré l'adversité (Ungar, 2011). Ainsi, selon ce modèle, la résilience ne se limite pas à une qualité intrinsèque de l'individu, mais repose sur une capacité activement nourrie et renforcée par les ressources accessibles dans son environnement immédiat et élargi. Ungar et al. (2008) proposent l'idée selon laquelle sept facteurs de l'environnement permettent à un adolescent de surmonter l'adversité : 1) Les relations interpersonnelles concernent les liens avec des personnes significatives, comme les pairs, les adultes au sein de la famille et de la communauté; 2) Le sentiment identitaire renvoie à la perception de soi comme étant compétent.e; 3) Le pouvoir et le contrôle se traduisent par la capacité à agir sur son environnement; 4) La justice sociale repose sur le sentiment d'occuper un rôle significatif au sein d'une communauté et sur l'équité sociale; 5) L'accès aux ressources matérielles inclut les ressources financières, éducatives, médicales, les opportunités d'emploi ainsi que la satisfaction des besoins de base, comme la nourriture, les vêtements et le logement; 6) Le sentiment de cohésion est lié à l'appartenance à une spiritualité ou à une affiliation religieuse; 7) Le sentiment d'appartenance culturelle fait référence à l'adhésion aux pratiques, normes et croyances d'un groupe.

De plus, ce modèle met en lumière que la résilience dépend avant tout de la disponibilité, de la diversité et de l'accessibilité des ressources environnementales pour pallier aux effets d'événements traumatisques multiples. Par conséquent, la résilience émerge comme un phénomène communautaire et systémique, dépendant étroitement de la qualité des interactions entre l'individu et les différents aspects de son environnement. Ce modèle met donc en évidence que la capacité à surmonter les épreuves ne repose pas uniquement sur les caractéristiques personnelles de l'individu, mais découle d'une interaction dynamique entre des facteurs individuels et les ressources offertes par l'environnement.

Plus précisément, selon Ungar, la résilience influence l'individu avant, pendant et après une expérience d'adversité selon trois facteurs de résilience : a) individuelle, b) relationnelle et c) communautaire. Les ressources individuelles font référence aux traits de personnalité, telles que la passivité ou l'habileté à résoudre des problèmes, à l'auto-contrôle aux opportunités de contribuer au bien-être des autres, de développer des compétences professionnelles, engagement scolaire, ambition, à la persévérance,

au sentiment d'efficacité personnelles. Les ressources relationnelles concernent l'attachement et le soutien offert par les donneurs de soins, l'aide au sein de la famille élargie, appartenance à la culture/famille, les rites de passage, l'affiliation à un groupe religieux

Enfin, les ressources communautaires englobent les interactions positives avec les pairs ou au sein de la communauté, l'aide au sein de sa communauté, le sentiment d'appartenance (notamment dans des systèmes comme l'école), la sécurité personnelle, comme les rites de passage, l'affiliation à un groupe religieux ou l'adoption d'une philosophie de vie, le sentiment d'équité/justice au sein de la communauté.

En parallèle, chez les adolescentes victimes d'ASE, le concept de TCE constitue un élément central dans l'opérationnalisation de la résilience. Les expériences répétées ou multiples de maltraitance influencent les ressources disponibles à différents niveaux de l'environnement. En particulier, les agressions sexuelles cumulées à d'autres formes de maltraitance peuvent fragiliser les ressources relationnelles, comme le soutien social ou la qualité des liens de confiance, et perturber les ressources communautaires, tels que le sentiment d'appartenance ou la sécurité perçue dans l'environnement. Par exemple, une adolescente bénéficiant initialement de relations de soutien modérées, mais pas suffisamment solides pour contrer les effets d'un premier trauma, pourrait voir ces liens relationnels se détériorer davantage face à des expériences de maltraitance répétées. De même, si son environnement communautaire, tel que l'école ou les services communautaires, ne parvient pas à offrir un espace sécurisant ou des interventions adaptées, elle risque de s'isoler socialement, et développer une méfiance croissante envers les autres ou une rupture progressive des relations de confiance.

De récentes études ayant utilisé le modèle d'Ungar apportent des éléments empiriques permettant de mieux comprendre ces facteurs de résilience. Par exemple, dans une étude récente auprès d'adolescents exposés à l'adversité familiale, Somefun et al. (2023) soulignent que la résilience individuelle et les expériences de victimisation ont un effet direct sur les troubles de conduite, associés aux problèmes extériorisés. De même les trois facteurs de résilience -individuel, relationnel et communautaire- étaient toutes associées à une diminution des symptômes dépressifs.

Dans une perspective plus large, Levine et al. (2024) explorent l'impact des ressources institutionnelles et des soutiens communautaires, particulièrement dans les environnements à haut risque, où les carences infrastructurelles et la violence sont plus présentes. Les auteurs rapportent que les individus exposés à un risque élevé de maltraitance dépendent davantage des réseaux sociaux informels et du soutien de la communauté. Ces résultats soutiennent l'idée que l'exposition à des risques élevés intensifie le recours

aux mécanismes de résilience communautaires et interpersonnels, ce qui souligne l'importance des réseaux de soutien dans les contextes de crise.

Jusqu'à présent, les facteurs relationnel et communautaire selon le modèle de Ungar ont été peu étudiés et restent insuffisamment documentés. En effet, la révision des écrits de Jean-Thorn et al. (2022) souligne une lacune dans la littérature en trauma quant aux facteurs de protection externes qui peuvent soutenir une adaptation positive ou une absence de détresse, tels que l'école, les services sociaux et communautaires. Les auteurs de cette étude proposent qu'une meilleure analyse du facteur communautaire permettrait de brosser un portrait plus exhaustif des facteurs de protection agissant chez les adolescent.es victimes d'agression sexuelle. Étant donné les lacunes des écrits prenant en compte le facteur communautaire, il devient pertinent de s'intéresser simultanément aux trois facteurs associées à la résilience proposées par Ungar.

Ainsi, le modèle de résilience de Ungar offre un cadre d'analyse pour comprendre la résilience en intégrant des facteurs individuels, relationnels et communautaires. En particulier, ce modèle met en lumière le rôle souvent sous-exploré des ressources communautaires et sociales dans les processus adaptatifs (Ungar et al., 2013; Libório et Ungar, 2010). En outre, la rareté des études qui valident ce modèle auprès d'adolescentes ayant été victimes d'ASE souligne la pertinence de cette approche, en particulier pour déterminer les facteurs de protection communautaires et relationnels les plus influents dans le soutien de ces adolescentes. Une analyse approfondie de ces facteurs permettrait de mieux orienter les interventions ciblées pour favoriser une adaptation positive chez cette population à risque.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Ce mémoire s'inscrit dans une plus vaste étude longitudinale, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et dirigée par Martine Hébert. La présente section a pour but de présenter les aspects méthodologiques du mémoire, notamment l'échantillon, les instruments de mesure, les procédures de collecte de données, les considérations éthiques ainsi que les stratégies d'analyse des données.

3.1 Participantes et procédures

L'échantillon comprend 194 adolescentes âgées de 12 à 18 ans ayant vécu une ASE. Les participantes ont été sollicitées pour participer à la recherche lors de leur visite initiale à l'un des six centres d'intervention offrant des services spécialisés pour les adolescentes victimes d'ASE. Afin d'être admissibles à l'étude, les adolescentes devaient être âgées de 12 à 18 ans, comprendre le français ou l'anglais, et être admissibles pour recevoir des services d'aide à l'un de ces centres. Une fois que les participantes acceptaient de participer à l'étude, le formulaire de consentement leur était lu par l'assistante de recherche. Lors de la passation de questionnaires, les participantes rencontraient individuellement l'assistant.e de recherche pendant environ une heure. Afin de maintenir la confidentialité, les rencontres avaient lieu dans un endroit isolé. Les participantes complétaient ensuite les questionnaires seule ou avec l'aide de l'assistant.e de recherche.

3.2 Instruments de mesure

Informations sociodémographiques. Les informations sociodémographiques (p. ex., âge, sexe, nationalité, niveau de scolarité, emploi) des participantes ont été recueillies par le biais d'un questionnaire.

Caractéristiques de l'ASE et trauma cumulatif. Les caractéristiques de l'ASE (type de gestes impliqués, âge lors du premier épisode d'agression, relation avec l'agresseur, fréquence des agressions) et un score de traumatisme cumulatif ont été recueillis à l'aide de l'instrument *History of Victimisation Form* (HVF ; Wolfe, Gentile et Bourdeau, 1987) dans une version adaptée francophone (Hébert et Cyr, 2010) complétée par l'intervenant.e attitré.e au dossier de l'adolescente. L'agression sexuelle n'était pas distinguée selon qu'elle soit survenue durant l'enfance ou l'adolescence. L'instrument mesure la sévérité de l'ASE selon la classification de Russell (Russell, 1983) à l'aide d'une échelle allant de 1 à 3 où 1 = exhibitionnisme, voyeurisme, baisers, exposition à du matériel pornographique et contact physique par-dessus les vêtements, 2 = contact physique sous les vêtements et attouchements génitaux, et 3 = contact oral, contact génital,

pénétration ou tentative de pénétration. La durée de l'ASE a été catégorisée comme allant de 1 à 3, où 1 correspond à un épisode unique, 2 à quelques évènements, et 3 à des épisodes répétitifs, chroniques sur plus de six mois. L'identité de l'agresseur a été catégorisée sur une échelle de 4 points allant de 1 (famille immédiate) à 4 (inconnu). Dans les situations impliquant plusieurs agresseurs, la catégorie retenue correspondait à celle de l'agresseur ayant le lien le plus étroit avec la victime. Ainsi, lorsqu'un agresseur intrafamilial et un agresseur extrafamilial étaient identifiés, le cas était codifié comme une AS intrafamiliale. Le score cumulatif de trauma reflétait le nombre de différentes formes de maltraitance subies (violence physique, violence psychologique, négligence, exposition à la violence familiale en plus d'une violence sexuelle) à l'aide d'une échelle de 5 points. Par exemple, une adolescente qui a signalé deux formes différentes de maltraitance (par exemple, violence physique et exposition à la violence familiale) aurait un score de 2. Lorsqu'une deuxième agression sexuelle survenait, celle-ci était également prise en compte dans le calcul du score cumulatif de trauma.

Facteurs de résilience. Les facteurs associées à la résilience selon le modèle de Ungar ont été mesurés à l'aide de l'instrument *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM ; Ungar et Liebenberg, 2011) dans une version validée en français (Daigneault, Dion, Hébert, McDuff, et Collin-Vézina, 2013). Il s'agit de la version brève validée d'un questionnaire auto-rapporté qui mesure les différents facteurs de protection à l'aide de 12 items (Lienbenberg, Ungar et LeBlanc, 2013). Chaque item est rempli à partir d'une échelle de Likert à 5 points (1 = « Pas du tout », et 5 = « Beaucoup »). Dans le cadre de ce mémoire, les trois facteurs issues des travaux de Craig et al. (2023) ont été utilisées : 1) résilience individuelle, 2) relationnelle/ relations avec la famille et 3) communautaire/ sentiment d'appartenance. La sous-échelle individuelle incluait des items qui mesuraient les forces personnelles (par exemple, « Je suis capable de résoudre des problèmes sans nuire aux autres ou à moi-même). La sous-échelle relationnelle mesurait les ressources de soins des soignants (par exemple, « Mes parents savent beaucoup de choses sur moi ») et les ressources culturelles (« Je sais où aller pour obtenir de l'aide dans ma communauté »). La sous-échelle communautaire incluait des ressources communautaires (par exemple, « Je peux obtenir de l'aide dans ma communauté »), le soutien des pairs perçu (par exemple, « Je me sens supporté par mes amis ») et les ressources éducatives (par exemple, « J'ai un sentiment d'appartenance à l'école »). La consistance interne de chaque sous-échelle était marginale (facteur individuel $\alpha = ,67$; facteur relationnel $\alpha = ,61$; facteur communautaire $\alpha = ,63$).

Problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés. Le Youth Self-Report for Ages 11-18 (YSR; Achenbach et Rescorla, 2001, 2009) est un questionnaire mesurant les compétences et les problèmes de comportement des adolescents âgés de 11 à 18 ans. Il a été traduit et validé dans une version française (Wyss, Voelker, Cornock et Hakim-Larson, 2003). Afin d'évaluer les problèmes de comportement, cet outil

présente une liste de symptômes qui s'inspirent des formulations diagnostiques du DSM-IV. L'outil de 112 items est composé de huit sous-échelles de symptômes et de trois scores totaux. Dans le cadre des présentes analyses, l'échelle « Problèmes intérieurisés » qui est formée de trois sous-échelles, et deux autres sous-échelles regroupées sous la sous-catégorie des « Problèmes exteriorisés » ont été utilisées. Les participants complétaient le questionnaire à l'aide d'une échelle à trois points évaluant la fréquence des comportements répertoriés lors des six derniers mois. Les participantes rapportaient la présence de symptômes comportements selon les réponses suivantes : « Pas vrai du tout » (0), « En quelque sorte ou parfois vrai » (1), « Souvent ou toujours vrai » (2). Pour chaque sous-échelle, les scores sont additionnés puis convertis en scores T normalisés. Les coefficients alpha de Cronbach pour les deux sous-échelles étaient adéquats (pour les problèmes intérieurisés : $\alpha = ,79$, et pour les problèmes de comportement extérieurisé : $\alpha = ,83$).

3.3 Considérations éthiques

Afin d'assurer la confidentialité des réponses des participantes, un code leur ont été attribués. De plus, les participantes étaient avisées qu'il était possible de se retirer de l'étude à tout moment, sans aucun préjudice. L'équipe de recherche était également formée pour intervenir auprès des jeunes. Enfin, à aucun moment les participantes n'ont dû décrire leurs évènements traumatiques puisque ces données étaient colligées par le ou la professionnel.le attitré.e au dossier. Ce projet a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM.

3.4 Stratégies d'analyse

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 29.0. Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été menées pour observer les scores moyens des trois facteurs de la résilience. Par la suite, des analyses de fréquence et de moyenne ont été réalisées pour décrire les expériences de victimisation des adolescentes. Des analyses de corrélations bivariées ont été réalisées pour examiner les associations entre toutes les variables à l'étude. Finalement, des modèles de médiation (Figure 1) utilisant PROCESS (Hayes, 2017) ont été élaborés pour observer les effets indirects du cumul de traumatismes interpersonnels sur les problèmes de comportement intérieurisés et exteriorisés à travers la résilience individuelle, relationnelle et communautaire. Au total, six modèles de médiations simples ont été générés pour le rôle médiateur possible de chaque facteur de la résilience dans l'association entre le traumatisme cumulatif et les problèmes de comportements intérieurisés et exteriorisés chez les adolescentes victimes d'ASE.

CHAPITRE 4
ARTICLE

Cumulative Trauma and Behavior Problems in Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of
Resilience

4.1 Abstract

Child sexual abuse is a pervasive issue affecting a significant percentage of adolescents, leading to severe physical, mental, and emotional consequences. This study investigated the relationship between cumulative trauma and internalizing and externalizing behavior problems among adolescent girls with a history of sexual abuse. The research also explored the mediating role of three dimensions of resilience individual, relational, and community, in the association between cumulative trauma and behavior problems. Using data from 194 adolescent girls aged 12 to 18, results revealed that relational and community resilience had indirect effects on the association between cumulative trauma and internalizing and externalizing behavior problems with sexually abused adolescents. These findings suggest that interventions aimed at fostering resilience, particularly through relational and community-based support, are critical in reducing the negative impacts of cumulative trauma in sexually abused adolescent girls.

CUMULATIVE TRAUMA AND BEHAVIOR PROBLEMS IN SEXUALLY ABUSED ADOLESCENT GIRLS: THE MEDIATING ROLE OF RESILIENCE

Child sexual abuse (SA) is an endemic social and health problem that affects between 8 to 31% of girls and between 3 to 17% of boys (Barth et al., 2013). According to empirical studies, sexual abuse is associated with various sequelae affecting mental, physical, and sexual health in adolescents (Banvard-Fox et al., 2020; Hailes et al., 2019). Studies have shown that girls are at a higher risk of experiencing sexual abuse relative to boys (Hébert et al., 2019) and that during adolescence, sexually abused girls may be at higher risk of developing internalizing (e.g., anxiety, depression) and externalizing (e.g., aggression, delinquency) behavior problems than boys (Lewis et al., 2016). One of the most consistent findings in empirical studies is the existence of heterogeneous profiles among adolescent survivors of SA. Specifically, while some survivors of SA may develop mental health problems, others display a profile described as "resilient", suggesting the presence of possible protective factors sustaining positive adaptation (Hébert et al. 2022).

Sexual Abuse, Cumulative Trauma and Behavior problems

Given the diversity of profiles in sexually abused youth, researchers have explored potential factors associated with negative outcomes. According to several authors, the presence and intensity of internalizing and externalizing behavior problems among SA victims may vary according to the characteristics of the SA, such as the duration, severity and chronicity of the abuse, the use of force, as well as the relationship with the perpetrator (Batchelder et al., 2018; ; Gauthier-Duschesne et al., 2022; McLean et al., 2014; Wamser-Nanney & Campbell, 2019). In a sample of sexually abused adolescents, the severity of the SA (e.g. SA involving penetration, using force) was found to be associated with higher post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents (Hébert et al., 2014). However, other studies suggest that characteristics of sexual abuse do not contribute to the severity of behavior problems and negative outcomes (Adams et al., 2018). In fact, some authors suggest that the increased risk of psychopathology in adolescents is rather due to the experience of multiple forms of abuse experienced (sexual abuse, physical abuse, neglect, exposure to interparental violence, etc.) rather than single events (Villodas and al., 2021). Studies have shown that adolescents exposed to several types of trauma are at higher risk of developing mental, emotional, and behavioral difficulties compared to those who have experienced a single violent event or none, due to the cumulative effects of multiple traumatic experiences (Finkelhor et al., 2007; Samms-Vaughan et Lambert, 2017;). Experiencing other forms of maltreatment may be a common occurrence for SA victims. As Finkelhor et al. (2007) indicate, it is common for children who have been sexually abused to have also

endured at least one other form of maltreatment. Cumulative trauma refers to the interaction between two or more adverse experiences that can result in a greater combined effect than the sum of their individual effects (Putnam et al., 2013). Research on sexually abused youth found that cumulative trauma predicted more severe behavior problems. For example, using a sample of sexually abused children, Choi and Oh (2014) found that cumulative trauma was associated with increased internalizing and externalizing behavior problems. While the study's findings, based on sexually abused children aged 6 to 13, align with the broader maltreatment research, they do not necessarily extend to adolescents' victims of SA. Further studies would be necessary to explore whether these findings extend to adolescents' victims of SA, as their specific developmental stage may influence the impact of cumulative trauma differently. Adolescence is a critical developmental period, especially for individuals exposed to multiple forms of maltreatment. According to Villalta et al. (2020), adolescents typically exhibit higher rates of traumatic symptoms, including emotional dysregulation and interpersonal difficulties, than younger children. The complex cognitive and emotional development during this stage may also make adolescents more vulnerable to severe psychological effects (Villalta et al., 2020). In addition, as highlighted by Cyr, Clément, and Chamberland (2014), research on the mechanisms connecting cumulative trauma to specific symptoms and potential protective factors remains limited.

Resilience Factors in Sexual Abuse victims

According to Yoon et al. (2021), some SA survivors demonstrate positive adaptation despite adversity (Yoon et al., 2021). A high level of resilience could act as a protective factor against psychological distress (Southwick et al., 2014). Yet, the experience of multiple forms of trauma may impede on the possibility of developing some resilience factors.

Early conceptualizations of resilience emphasized the identification of individual factors that promote positive adaptation among SA survivors. Factors such as sense of hope and positive expectations (Williams & Nelson-Gardell, 2012), emotional intelligence (Howell & Miller-Graff, 2014), adaptive coping strategies (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2017), and self-compassion (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2017) have been identified as key internal components in the resilience of SA survivors. However, contemporary definitions of resilience are shifting towards a more ecologically and systemically defined conceptualization. According to Ungar (2011), contemporary definitions of resilience recognize that positive adaptation in youth is not solely dependent on their internal resources, such as mental strength or adaptability, but also heavily influenced by the external resources available within their communities. Luthar et al. (2000) further emphasize that the interplay between the individual and the community is critical

in nurturing resilience. For instance, economic security, housing, community networks, and access to educational and healthcare services may play pivotal roles in enabling individuals to navigate challenges effectively.

In sum, resilience is now understood as a collective experience that is shaped by socioeconomic, cultural, and ecological factors rather than a fixed set of attributes of individuals alone. Along with this systemically conceptualization, Ungar et al. (2008) identified key factors that enable children to overcome adversity, including significant interpersonal relationships, a strong personal and collective identity, the power to effect changes in one's environment, social justice, access to material resources, social and spiritual cohesion, and cultural belonging. These resources can be individual (personality traits, intelligence), relational (attachment to caregivers, positive interactions with family), or community related (sense of belonging, personal security, and opportunities to contribute to the well-being of others) (Ungar, 2011).

Past studies have explored these resources as potential correlates of positive adaptation. In terms of individual resources, studies reveal that having multiple strengths significantly reduces the likelihood of psychological distress. For example, a study by Eirich et al. (2020) found that children who reported personal skills, such as coping adaptively and openness to sharing feelings and experiences, tend to adapt more positively. As for relational factors, individuals with higher relational (caregivers) resilience exhibit fewer problem behaviors, including antisocial behaviors, alcohol use, smoking, and academic problems (Crnkovic et al., 2020). Giordano et al. (2020) suggest that peer and social support play a specific role in determining resilient outcomes in children reporting cumulative trauma. Furthermore, a study from Zahradnik et al., (2010) found a positive relationship between exposure to violence and mental health symptoms which was influenced by resilience, such that exposure to violence was only predictive of psychological difficulties at lower levels of resilience (Zahradnik et al., 2010). All three dimensions of resilience -individual, relational and community- but community and relational specifically appeared to play important roles in buffering the relationship between exposure to violence and psychological difficulties (Zahradnik et al., 2010). A recent study by Shahidi et al. (2024) has highlighted relational and community resilience as mediating factors between adverse childhood experiences and mental health outcomes among adolescents in child welfare. Their study, conducted in Nova Scotia, demonstrated that resilience could help buffer the negative effects of adverse childhood experiences on mental health, emphasizing the importance of resilience-building strategies within child welfare services for promoting positive outcomes. They emphasize that relational resilience, such as supportive interactions with caregivers and positive peer relationships, plays a pivotal role in mediating the effects of adverse childhood experiences on mental health. This is especially important in the context of child welfare services, where interventions can be tailored to

strengthen resilience across multiple domains - enhancing personal coping skills, fostering supportive relationships, and building community connections. Youth exposed to violence who reported more community resilience (e.g., involvement with community and cultural traditions, experiencing the community as fair) were more likely to adapt positively (Zahradnik et al., 2010).

As for now, few studies have explored the relational and community resilience dimensions in terms of their possible contribution to reducing symptoms among sexually abused victims. In fact, the review by Jean-Thorn and al. (2022) highlights a gap in the trauma literature regarding external protective factors such as school, social, and community services that can support positive adaptation or the absence of distress in youth exposed to trauma. The authors proposed that a better analysis of factors associated with the community dimension would provide a more comprehensive understanding of protective factors among SA survivors. Shahidi et al. (2024) suggest that a holistic approach is needed to understand the connection between each dimension related to resilience. Thus, considering the gaps in literature on resilience dimensions, particularly the community dimension, it is important to focus simultaneously on the three dimensions of resilience proposed by Ungar. This focus is particularly relevant when studying adolescent girls' victims of SA, as resilience dimensions may explain the connection between cumulative trauma and negative outcomes.

Present study

Against this backdrop, the first objective of this study was to explore whether cumulative trauma is associated with greater internalizing and externalizing behavior problems in adolescent girls with a history of SA. As a second objective, the study explored the mediating role of three dimensions of resilience (individual, relational and community dimensions) in the association between cumulative trauma and negative outcomes as assessed by internalizing and externalizing behavior problems. It was expected that a history of cumulative trauma among SA adolescents would be associated with fewer resilience resources, particularly with the community dimension, which in turn, will contribute to greater behavioral problems.

4.2 Methodology

Participants.

This project used data collected from a larger study involving 194 adolescent girls aged from 12 to 18 ($M = 15$; $SD = 1.50$) who had experienced SA. Participants were recruited during their initial visit to one of the six intervention centers in the province of Québec after the disclosure of the abuse. To be eligible for

the larger study, the adolescent girls were required to (1) be aged between 12 and 18 at the initial meeting, (2) understand French or English, and (3) receive assistance from one of the specialized services centers (e.g., psychological counseling). The study was approved by the ethics board of the Université du Québec à Montréal.

Procedure.

Adolescent girls were approached to participate in the research project during their initial visit to the intervention center, which offers specialized services for youth victims of SA. First, the consent form was read by the research assistant to the participants who had agreed to take part in the larger project. During the questionnaire administration, the participants met the research assistant individually for approximately one hour. To maintain confidentiality, the meetings took place in an isolated location.

Instruments.

Sociodemographic Information. Participants self-reported basic demographic data by the mean of a questionnaire. Their sociodemographic information included items on participants' and their caregiver age, gender, nationality, education level, and employment.

SA Characteristics and cumulative trauma. SA characteristics (type of abuse, age at the first episode of abuse, relationship with the perpetrator, frequency of abuse, duration) and a cumulative trauma score were gathered by the professional assigned to the adolescent's case using a French adaptation (Hébert & Cyr, 2010) of the History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, and Bourdeau, 1987). The severity of the sexual abuse was assessed using a 3-point scale, from (1) exhibitionism (exposure of the perpetrator's genitals without touching), voyeurism (exposure of the genitals of the child without touching), kissing, exposure to pornographic material, physical contact over clothing, (2) physical contact under clothing, genital touching and (3) oral-genital contact, penetration or attempted penetration (digital, oral, vaginal, anal or with an object). The abuse duration was categorized as (1) a single episode, (2) few events or (3) repetitive or chronic episodes lasting more than six months. The aggressor's identity (i.e., relation of the main aggressor with the victim) ranged from 1) a member of the immediate family; 2) a member of the extended family; 3) an acquaintance of the victim of the family; 4) a stranger.

The cumulative trauma score reflected the number of different forms of maltreatment experienced (physical abuse, psychological abuse, neglect, exposure to family violence and more than one sexual abuse)

using a 5-point scale. For example, an adolescent who reported two different forms of maltreatment (e.g., physical abuse and exposure to family violence) would have a score of 2.

Resilience dimensions. Resilience was measured using the Child and Youth Resilience Measure (CYRM; Ungar and Liebenberg, 2011) in a validated French version (Daigneault, Dion, Hébert, McDuff, & Collin-Vézina, 2013). This self-reported questionnaire of 12 items evaluates protective factors with a 5-point Likert scale (1 = Not at all to 5 = Very much). These subscales were used: Individual (personal attributes and self-perception), Relational (Relationship with caregivers and cultural support) and Community (peer and community belonging) (Craig, 2023). The internal consistency for each subscale was marginal (Individual dimension $\alpha = .67$; Relational dimension $\alpha = .61$; Community dimension $\alpha = .63$).

Child externalizing and internalizing behavior problems. The Youth Self-Report for Ages 11-18 Questionnaire (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001, 2009) was used to assess internalizing and externalizing behavior problems. The 112 items self-reported questionnaire uses a 3-point Likert scale (1 = Not true, 2 = Somewhat or sometimes true, 3 = Very true or often true). The participants completed two subscales of the YSR: the internalizing behavior subscale (which evaluates symptoms such as emotionally reactivity, depression, anxiety, withdrawal, and somatic problems) and the externalizing behavior subscale (which includes aggressive behaviors, rule-breaking and attention problems). For each subscale, scores are summed and then converted into normalized T scores. Cronbach's alpha coefficients for both subscales were adequate (for internalizing problems: $\alpha = .79$, and externalizing behavior problems : $\alpha = .83$).

Data Analysis.

The data were analyzed using SPSS 29.0 software. Initially, descriptive analyses were conducted to observe the mean scores of the three resilience dimensions. Subsequently, frequency and mean analyses were carried out to describe the victimization experiences of the adolescents. Bivariate correlation analyses were performed to examine the associations between all variables. Then, multiple mediator models (Figure 1) using PROCESS (Hayes, 2017) were elaborated to observe the indirect effects of the cumulative interpersonal traumas on internalizing and externalizing behavior problems through individual, relational, and community resilience. In total, six simple mediator models were generated to examine the possible mediating role of each resilience dimension in the association between cumulative trauma and both internalizing and externalizing behaviors among sexually abused adolescent girls.

4.3 Results

Descriptive statistics.

Adolescents' girls' characteristics.

Most adolescents were of French-Canadian descent (72.9%), followed by Latino (10.1%), Afro-American (3.6%), Asian (2.8%), Caribbeans (9.7%) and European (8.5%), North Africa (4.9%), First nations (4.9%) and other unspecified (2.4%). All the adolescent girls had experienced SA and experienced a mean of two other forms of trauma ($M = 2.06; SD = 1.5$). Mean age of the participants at the time of the first SA was 10.54 years old ($SD = 1.50$). For most adolescents, SA occurred within the family (42.8%) and were reported as severe (57%) (involving penetration or attempted penetration) according to Russell's codification.

Descriptive statistics also indicated that the average score on the internalizing subscale was 67.5 ($SD = 11.53$). The average score on the externalizing subscale was 61.7 ($SD = 9.8$). A total of 67 % and 42 % of adolescent girls displayed internalizing and externalizing symptoms over the clinical cut-off score, respectively. Sociodemographic and SA characteristics of the sample are presented in Table 5.1.

Preliminary Analyses.

First, correlations were conducted to examine whether sociodemographic data (i.e. adolescent's age and ethnicity), cumulative trauma (number of interpersonal traumas experienced), internalizing and externalizing behavior problems, and resilience dimensions were related. Descriptive statistics and correlations for study variables are presented in Table 5.2. No significant association was found between sociodemographic data (i.e., age and ethnicity), and internalizing and externalizing behavior problems nor resilience dimensions. Similarly, cumulative trauma was not significantly correlated with internalizing or externalizing behavior problems. However, cumulative trauma was only significantly negatively associated with relational resilience ($r = -.204, p <.001$) and community resilience ($r = -.160, p <.001$), revealing that adolescent girls who reported cumulative traumas had lower relational and community resilience. Individual, relational, and community resilience dimensions were significantly negatively associated with internalizing (individual : $r = -.397, p <.001$; relational: $r = -.362, p <.001$; community : $r = -.547, p <.001$) and externalizing problems (individual : $r = -.430, p <.001$; relational: $r = -.262, p <.001$; community : $r = -.288, p <.001$) indicating that adolescent girls who reported lower individual, relational or community resilience showed more internalizing and externalizing behavior problems.

Descriptive statistics and correlations for study variables

Although cumulative trauma was not significantly correlated with internalizing or externalizing behavior problems, mediation analyses were conducted to assess the presence of potential indirect effects through specific dimensions of resilience. According to Hayes (2017), contemporary approaches to mediation analysis acknowledge that an indirect effect can exist even when there is no significant direct association between the independent and dependent variables. It is therefore methodologically appropriate to test for mediation even when the direct effects are nonsignificant, as indirect effects may still occur through mediating variables. In the present study, cumulative trauma was significantly associated with relational and community resilience, and these resilience dimensions were themselves significantly related to behavior problems. Accordingly, the following analyses explored whether these dimensions of resilience had any indirect effects between cumulative trauma and behavior problems.

Main analyses: Mediation role of resilience

Six mediation analyses were conducted using PROCESS. These analyses enable the estimation of both the direct effect of cumulative trauma on outcomes (internalizing and externalizing behavior problems) and the indirect effect through individual, relational and community resilience.

Internalizing behavior problems

Individual resilience. First, the model (see Figure 5.1), including all the links between the variables, was tested. Precisely, cumulative trauma was added as the predictor, the individual resilience dimension as the mediator, and internalizing behavior problems were included as the outcome. As illustrated in Figure 1, the association between cumulative trauma and individual resilience was not significant ($\beta = -.07$, $t = -.97$, $p = .33$). Higher individual resilience was associated with lower internalizing behavior problems ($\beta = -.46$, $t = -7.14$, $p < .001$). The direct effect of cumulative trauma on internalizing behavior problems was also not significant ($\beta = .05$, $t = .84$, $p = .40$), indicating no mediation through individual resilience. The indirect effect of the cumulative trauma through individual resilience on internalizing behavior problems was measured using 5,000 bootstrap samples and was not significant ($\beta = .03$, CI [-.03 to .09]).

Relational resilience. The analyses tested the effects between the cumulative trauma as the predictor, the relational resilience dimension as the mediator, and internalizing behavior problems as the outcome. The association between cumulative trauma and relational resilience was significant ($\beta = -.20$, $t =$

$-2.88, p = .0045$). Higher relational resilience was associated with lower internalizing behavior problems ($\beta = -.39, t = -5.73, p < .001$). The direct effect of cumulative trauma on internalizing behavior problems was not significant ($\beta = .007, t = .10, p = .92$). The 95% confidence interval of the indirect effects was obtained with 5000 bootstrap resamples (Preacher & Hayes, 2008). The indirect effect of cumulative trauma through relational resilience on internalizing behavior problems was significant ($\beta = .08, \text{CI } [.02 \text{ to } .14]$) (see Figure 5.2).

Community resilience. Finally, community resilience was also tested in a different model, as the only mediator. The association between the cumulative trauma and community resilience was significant ($\beta = -.16, t = -2.26, p = .02$), and higher community resilience was associated with lower internalizing behavior problems ($\beta = -.56, t = -9.17, p < .001$). The direct effect of cumulative trauma on internalizing behavior problems was not significant ($\beta = -.004, t = -.07, p = .95$). The indirect effect of the cumulative trauma through community resilience on internalizing behavior problems was measured using a bootstrap confidence interval, which was also above zero ($\beta = .09, \text{CI } [.02 \text{ to } .17]$) (see Figure 5.3).

Externalizing Behavior Problems

The model then measured the same predictor (cumulation of interpersonal traumas) through the three resilience dimensions, on externalizing behavior problems.

Individual resilience. Cumulative trauma was not associated with individual resilience ($\beta = -.07, t = -.97, p = .33$) (see Figure 5.4), but higher individual resilience was associated with lower externalizing behavior problems ($\beta = -.47, t = -7.31, p < .001$). The indirect effect of cumulative trauma through individual resilience on externalizing behavior problems was measured with a bootstrap confidence interval, and was not significant ($\beta = .03, \text{CI } [-.03 \text{ to } .10]$) and the direct effect of cumulative trauma on externalizing behavior problems was also not significant ($\beta = .007, t = .11, p = .91$).

Relational resilience. Cumulative trauma was associated with lower relational resilience ($\beta = -.20, t = -2.88, p = .005$) and higher resilience was associated with lower externalizing behavior problems ($\beta = -.30, t = -4.29, p < .001$). The bootstrap confidence interval used to measure the indirect effect of cumulative trauma through relational resilience on externalized behavior problems was entirely above zero ($\beta = .06, \text{CI } [.02 \text{ to } .12]$) while the direct effect of cumulative trauma on externalizing behavior problems was not significant ($\beta = -.02, t = -.31, p = .76$) (Figure 5.5).

Community. For the third resilience dimension (Figure 5.6), cumulative trauma was associated with lower community resilience ($\beta = -.16$, $t = -2.26$, $p = .02$) and higher community resilience was associated with lower externalizing behavior problems ($\beta = -.35$, $t = -5.13$, $p < .001$). The bootstrap confidence interval used to measure this indirect effect was also entirely above zero ($\beta = .06$, CI [.01 to .11]) while the direct effect was not significant ($\beta = -.02$, $t = -.25$, $p = .80$).

Results showed that all three resilience dimensions' direct effects were significant with both internalizing and externalizing behavior problems. Moreover, the indirect effect of cumulative trauma through community and relational resilience dimensions was significant for both internalizing and externalizing behavior problems. However, there was no mediation through individual resilience. In other words, relational and community resilience were involved in the association between cumulative trauma and the outcomes (internalizing and externalizing behavior problems).

4.4 Discussion

The purpose of this study was to enhance our understanding of the association between cumulative trauma and internalizing and externalizing behavior problems through individual, relational, and community resilience in adolescent girls with a history of SA. Overall, the findings underscored the importance of resilience dimensions, particularly relational and community dimensions, in the development of behavior difficulties among sexually abused adolescents.

The first objective of our study was to examine the association between cumulative trauma and behavior problems among sexually abused adolescent girls. Although correlation analyses did not reveal a significant association between cumulative trauma and internalizing or externalizing behavior problems, the high prevalence of co-occurring forms of maltreatment in the sample underscores the relevance of further exploring the impact of cumulative trauma. Indeed, consistent with prior research suggesting that sexual abuse rarely occurs in isolation (Hébert et al., 2018), descriptive analyses revealed that 79.1% of participants had experienced at least one additional form of child maltreatment, and nearly one in five had been exposed to three or more other forms. More specifically, 15% of the adolescents experienced neglect, 24% physical abuse, 32% psychological abuse and 29 % were exposed to family violence.

Our study also aimed to assess the mediating roles of different dimensions of resilience, namely, individual, relational, and community, in the association between cumulative trauma and behavior problems. Consistently with our hypotheses, higher relational resilience in adolescent girls was associated with lower levels of internalizing and externalizing behavior problems. Similarly, higher community resilience was

also associated with lower levels of internalizing and externalizing behavior problems. Both relational and community resilience dimensions were found to have an indirect effect on the relationship between cumulative trauma and behavior problems. In other terms, experiencing cumulative trauma was associated with lower relational and community resilience, which in turn was associated with higher internalizing and externalizing behavior problems. While this result is congruent with the cross-sectional analysis conducted by Shahidi et al. (2024) and their finding that resilience resources, particularly community resilience (like peer support and community engagement), did protect adolescents exposed to adverse childhood experiences against mental health problems, it draws attention to the importance to consider resilience at multiple levels. Based on their suggestions and the results of the current research, an approach to bolstering resilience that pays attention to multiple co-occurring systems seems to be indicated. For example, they found that youth exposed to cumulative trauma who maintain their connection to school are more likely to report better mental health. Thus, our findings not only support Shahidi's conclusions but also expand our understanding of resilience by indicating that enhancing multiple forms of resilience including fostering strong caregiver relationships, providing educational support, family involvement, and positive peer interactions, can predict better health outcomes for adolescents.

The association between cumulative trauma and lower levels of protective factors defining resilience is well documented through various studies and perspectives. Cumulative trauma erodes the internal and external resources individuals rely on to cope with adversity. In contrast, for example, sensitive and responsive caregiving fosters greater social competence in children, enabling them to build mutually supportive relationships that help embed them in communities with greater social capital and collective efficacy. Unfortunately, for children exposed to multiples forms of violence, those best positioned to provide support are often also the source of harm. In such cases, relationships with people outside the home such as friends, extended family and teachers become increasingly important resources. Indeed, relational resources, especially peer relationships, become critical when family support is compromised. However, adolescents exposed to violence at home are more likely to exhibit violent behavior toward their peers (Yap & Jorm, 2015), therefore causing an absence of positive peer networks which in turn affects an adolescent's capacity for resilience.

At the community level, cumulative trauma also weakens the broader support networks that contribute to resilience. Repeated exposure to different types of traumas significantly predicts high-risk behaviors in adolescents, such as school absenteeism (Layne et al., 2014) thereby limiting access to community-based resources, such as schools or social programs, which could otherwise serve as protective factors. Cumulative trauma can undermine the ability to seek external resources or establish connections

within the community, potentially placing them in environments where support is scarce. This reduced support environment may further hinder the recovery from traumatic experiences. As Ungar emphasizes, adolescents develop unconventional coping strategies within their cultural context, especially when traditional resources are limited (Libório & Ungar, 2010). Thus, cumulative exposure to trauma, combined with family and school issues and a lack of social support, constitutes a major risk factor for the development of traumatic symptoms in adolescents. This underscores the importance of social and community environments in the development of resilience in facing trauma (Daniunaite et al., 2021). In sum, community resilience heavily depends on community resources and social support, emphasizing the importance of the community environment in fostering resilience against cumulative trauma (Höltge et al., 2021).

Our results are in line with a review of 44 studies indicating that community resilience predict lower behavior problems (Jean-Thorn et al., 2022). They found that neighborhood quality was consistently linked to positive outcomes, and that a stronger sense of collective efficacy and informal social control correlated with a decrease in externalized behavior problems. Youth with access to more resources, such as receiving support services and child protection services, showed lower tendencies towards risky behaviors such as delinquency, substance abuse, and symptoms of depression and trauma (Jean-Thorn et al., 2022).

Surprisingly, the individual resilience dimension was not associated with cumulative trauma or behavior problems. A possible explanation, as some studies suggest, is that individual resilience is not sufficient itself to overcome trauma (Shahidi and al., 2024). The present findings then suggest that adaptation in contexts of cumulative trauma may rely less on individual coping abilities and more on the capacity to access and maintain supportive environments. Moreover, as suggested by Jeffries et al. (2022), the presence of one of the three resilience dimension may be associated with a reduction or absence of the others resilience dimensions. For instance, efforts to bolster relational or community dimensions (e.g.: relying on family or own's community during difficult times) may be achieved at the expense of the individual dimension (greater self-efficacy). This underscores the need to include resilience dimensions in a more comprehensive research framework, as noted by different studies (Shahidi and al., 2024; Ungar, 2011).

Limitations

Although this study provides critical insights into understanding the association between cumulative trauma, resilience, and behavior problems in adolescent girls with a history of CSA, the following limitations should be noted. First, we used a cross-sectional design, and consequently, causality should not

be inferred from our results. Longitudinal studies are necessary to examine the predictive effect of cumulative trauma on resilience and behavior problems.

Second, our study relied solely on self-report questionnaires to assess resilience dimensions and behavior problems. Future research should adopt a multi-informant approach to provide a more comprehensive understanding of the adolescent's adaptation.

Moreover, the sample included only girls who had disclosed sexual abuse, which limits the generalizability of the results. Youth who have not disclosed their abuse may differ significantly, often showing more difficulties, which could affect the external validity of the findings. Another limitation concerns the absence of several potentially confounding variables that were not controlled for in the analyses. Factors such as the severity and duration of sexual abuse, the age at the first episode, the relationship with the perpetrator, socioeconomic status, ongoing interventions, time since disclosure could simultaneously influence both resilience and behavioral outcomes. The omission of these covariates may have introduced bias into the estimated associations.

The resilience model was also only partially supported, as the individual dimension showed no indirect effect. This may be due to the use of a shortened resilience scale, where each dimension was measured by few items, possibly reducing reliability and sensitivity to detect effects. Finally, the study relied on a Québec-based sample, which may limit the cultural generalizability of the findings. Resilience is shaped by sociocultural norms, values, and community resources that can differ significantly across regions and cultures. For instance, the meaning of community belonging, family relationships, or available social supports may vary in other cultural contexts. Future studies should therefore examine whether similar patterns of resilience emerge among youth from diverse cultural backgrounds.

Beyond these limitations, this study offers important elements for prevention and intervention for sexually abused youth. When offering services to adolescents who experienced CSA, mental health professionals should assess for other forms of victimization. This approach is essential, as focusing on a single traumatic experience might fail to capture the compounded impacts of multiple adversities. Understanding the diverse challenges faced by these adolescents allows for the development of tailored interventions that address the combined effects of their experiences, ultimately enhancing therapeutic outcomes (Hamby et al., 2018).

By exploring the mediating role of resilience in the association between cumulative trauma and internalizing and externalizing behavior problems, this study highlights a crucial intervention key factor for cumulative trauma victim youth. Resilience acts as a protective mechanism that can prevent severe internalizing behaviors, such as anxiety and depression, while also reducing externalizing behaviors like aggression and opposition. These findings underscore the importance of fostering resilience in prevention and intervention initiatives to better support young people facing complex trauma histories.

Implications for practice

Building resilience in youth facing internalizing and externalizing behavior problems requires a multifaceted approach. Notably, family dynamics play a crucial role (Marriott et al., 2014). Research highlights that relational resilience - characterized by trusting and open family relationships - can help mitigate behavioral problems in victims of CSA (Ferrajão & Elklist, 2021). However, in cases of cumulative trauma, including sexual abuse, evidence suggests that the perpetrator is often a close family member, with fathers being frequently identified as the abusers (Domhardt et al., 2015). This highlights the dual challenge in such cases: the need to address trauma within the family structure while simultaneously fostering relational resilience. Designing interventions that prioritize both safety and tailored familial support is essential for promoting healing and recovery for CSA survivors.

The finding that community resilience had a stronger impact than the individual dimension suggest that community involvement is another key factor in predicting better health outcomes in adolescents. Youth engaged in community and cultural traditions and who perceive their community as fair tend to report better behavioral outcomes following exposure to violence. This highlights the need for broad, sustainable community initiatives that offer various opportunities for youth engagement, reinforcing their sense of belonging and support.

These findings align with Ungar (2011) assertion that resilience should be developed not only by individuals but also through community efforts. Ultimately, providing robust social support and resources significantly protects maltreated youth from developing internalizing and externalizing behavior problems (Zahradník et al., 2010). Indeed, this study suggest that optimizing environmental factors that enable a child to overcome adversity serves as an effective way for preventing behavior problems among those who have been victims of cumulative trauma. In sum, Ungar's multifaceted approach is crucial for better preventing internalizing and externalizing behavior problems among youth who have experienced various forms of

victimization and promoting a collective-centered intervention approach that considers potential environmental resources rather than focusing solely on one's own individual forces and capacities.

4.5 Conclusion

This study enhances our understanding of how resilience mediates the relationship between cumulative trauma and behavioral outcomes among adolescent girls with a history of sexual abuse. While cumulative trauma was not directly associated with internalizing or externalizing behavior problems, it was indirectly linked to these outcomes through relational and community resilience. This indirect effect suggests that cumulative trauma may impact psychological adjustment by weakening access to relational and community resources that are crucial for coping. These two dimensions of resilience thus emerged as central protective factors in the face of cumulative trauma. In contrast, individual resilience did not show a significant protective role, suggesting that resilience must be understood as a dynamic, context-dependent resource rather than a fixed trait. By focusing on strengthening relational and community resources, such as caregiver support, peer relationships, and cultural and community connections, interventions can reduce the effects of cumulative trauma. Ultimately, this research calls for a holistic approach that integrates individual and systemic factors to promote better mental health and adaptive outcomes for vulnerable youth.

Table 5.1.
Sample characteristics.

Variable	Sexually abused adolescents' girls (n = 194)
Mean Age (SD)	15 (1.50)
	%
Living situation	
Both parents in the same household	24.1%
Mother	34.5%
Father	13.3%
Foster services	24.1%
Parental level of education	
Primary or secondary school	11.0%
College	44.0%
University	45.0%
Abuse frequency	
Single episode	32.4%
Few events	32.9%
Chronic	34.7%
Mean age when the first episode occurred	10.5 (3.7)
Identity of the perpetrator	
Intrafamilial	42.8%
Extended family	18.3%
Parent's spouse	9.2%
Acquaintance	29.7%
Other forms of abuse experienced	
Physical abuse	23.9%
Psychological abuse	31.5%
Neglect	15.2%
Exposure to family violence	29.4%
Number of interpersonal traumas	
0	20.9%
1	19.4%
2	19.9%
3	19.4%
4	13.8%
5	6.6%

Table 5.2.
Descriptive statistics and correlations for study variables.

	M	SD	1	2	3	4	5	6
1. Internalizing behavior problems	67.52	11.54	-					
2. Externalizing behavior problems	61.71	9.8	.466**	-				
3. Cumulative trauma	2.06	1.54	.086	.040	-			
4. Individual resilience	10.51	3.33	-.397**	-.430**	.067	-		
5. Relational resilience	9.46	3.59	-.362**	-.262**	-.204**	-.447**	-	
6. Community resilience	9.03	3.41	-.547**	-.288**	-.160**	.529**	.513**	-

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

Figures

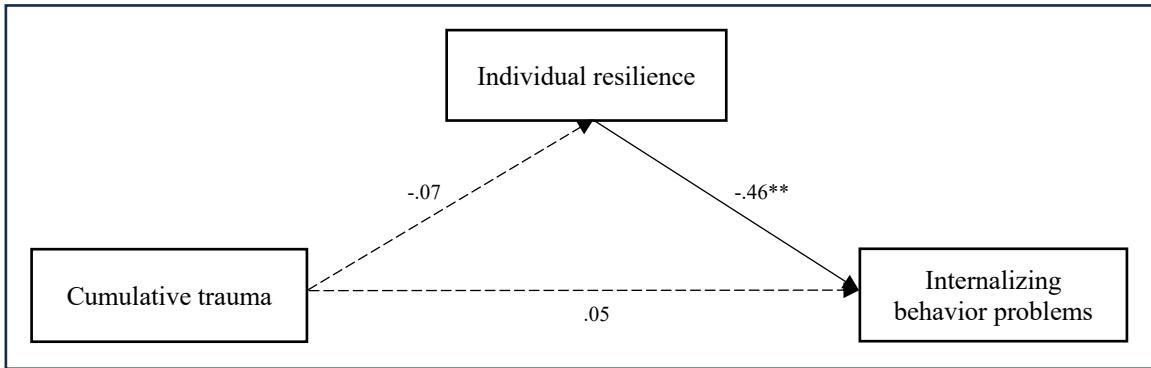


FIGURE 5.1. Mediation model for internalizing behavior problems with individual resilience as the mediator. The model coefficients are standardized. * $p < .05$; ** $p < .001$.

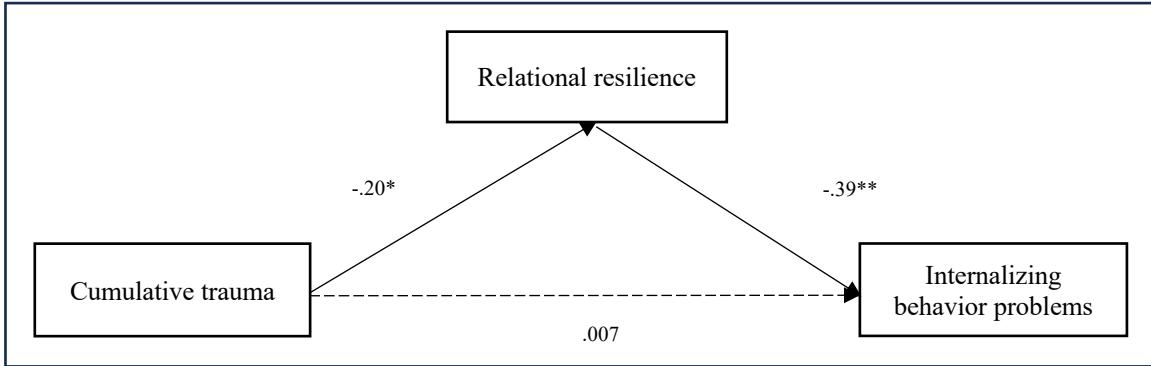


FIGURE 5.2. Mediation model for internalizing behavior problems with relational resilience as the mediator. The model coefficients are standardized. * $p < .05$; ** $p < .001$.

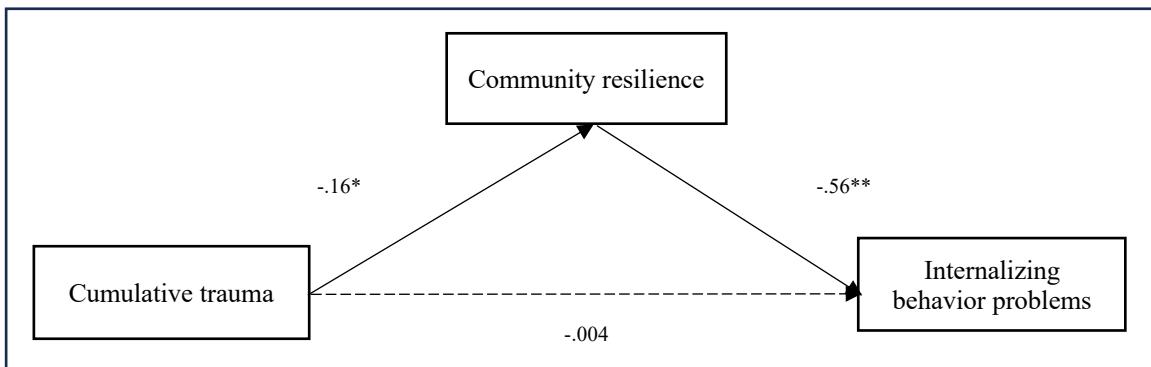


FIGURE 5.3. Mediation model for internalizing behavior problems with community resilience as the mediator. The model coefficients are standardized. * $p < .05$; ** $p < .001$.

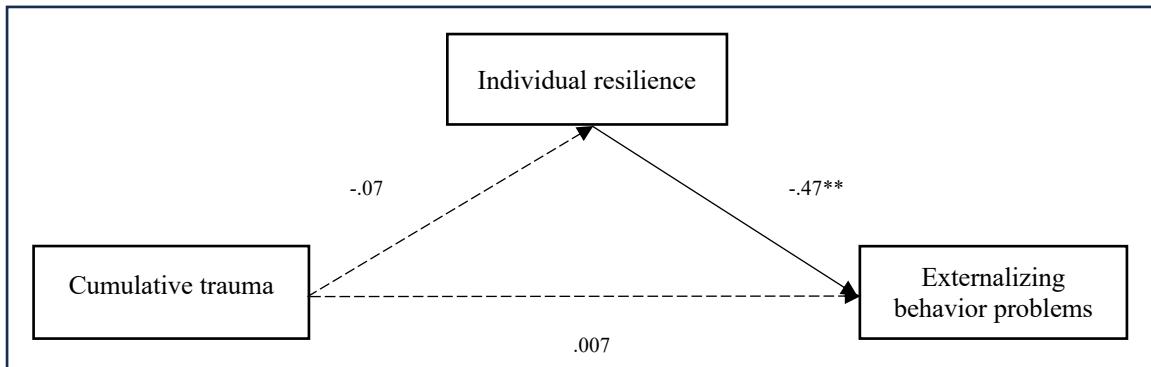


FIGURE 5.4. Mediation model for externalizing behavior problems with individual resilience as the mediator. The model coefficients are standardized. * $p < .05$; ** $p < .001$.

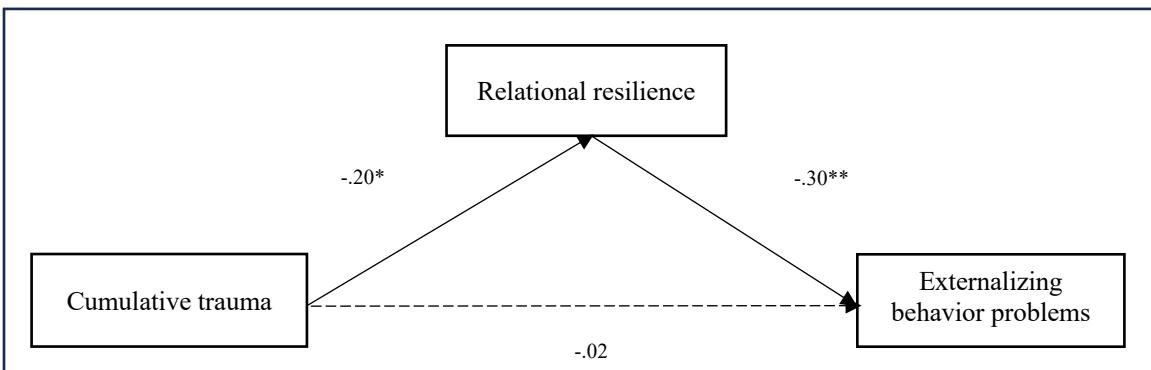


FIGURE 5.5. Mediation model for externalizing behavior problems with relational resilience as the mediator. The model coefficients are standardized. * $p < .05$; ** $p < .001$.

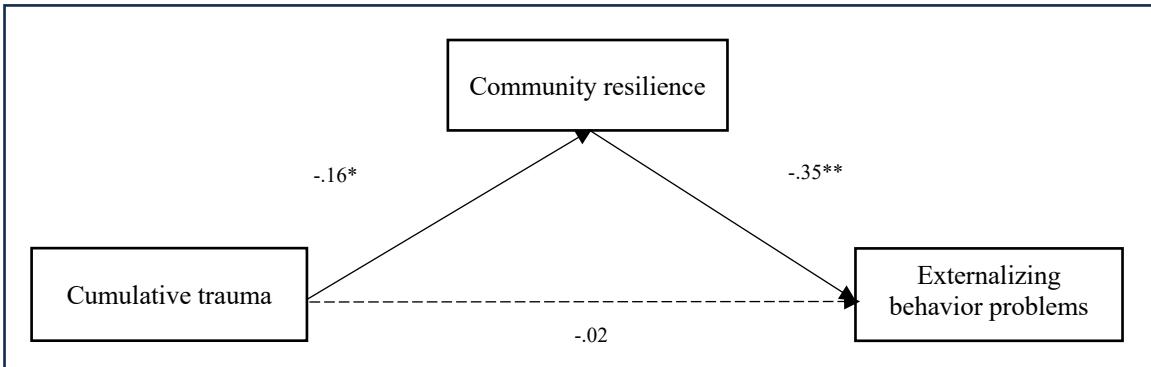


FIGURE 5.6. Mediation model for externalizing behavior problems with community resilience as the mediator. The model coefficients are standardized. * $p < .05$; ** $p < .001$.

4.6 References

- Achenbach T.M., & Rescorla L.A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, et Families.
- Achenbach, T. M. (2009). The Achenbach System of Empirically Based Assessemnt (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, et Families.
- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 86, 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2018.09.019>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Banvard-Fox, C., Linger, M., Paulson, D. J., Cottrell, L., & Davidov, D. M. (2020). Sexual assault in adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 47(2), 331-349. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.010>
- Batchelder, A. W., Safran, S. A., Coleman, J. N., Boroughs, M. S., Thiiim, A., Ironson, G. H., Shipherd, J. C., & O' Cleirigh, C. (2021). Indirect effects from childhood sexual abuse severity to ptsd : The role of avoidance coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5476-NP5495. <https://doi.org/10.1177/0886260518801030>
- Choi, J. Y., & Oh, K. J. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea : Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 296-303. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2013.09.009>
- Craig, S. L., Eaton, A. D., & Leung, V. W. Y. (2023). Capturing resilience : Utilizing the brief child and youth resilience measure with sexual and gender minority youth. *Social Work Research*, 47(2), 89-98. <https://doi.org/10.1093/swr/swad004>
- Crnković, M., & Miljević-Ridički, R. (2020). Exploring relations between resilience, trauma and depression in children. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, 56(2), 45-60. <https://doi.org/10.31299/hrri.56.2.3>
- Cyr, K., Clément, M.-È., & Chamberland, C. (2014). La victimisation, une norme dans la vie des jeunes au Québec ? *Criminologie*, 47(1), 17-40. <https://doi.org/10.7202/1024005ar>
- Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P., & Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the child and youth resilience measure (CYRM-28) among samples of french canadian youth. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 160-171. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2012.06.004>

- Daniunaite, I., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., Thoresen, S., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2021). PTSD and complex PTSD in adolescence : Discriminating factors in a population-based cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1890937. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1890937>
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Eirich, R., Racine, N., Garfinkel, D., Dimitropoulos, G., & Madigan, S. (2020). Risk and protective factors for treatment dropout in a child maltreatment population. *Adversity and Resilience Science*, 1(3), 165-177. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00011-9>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization : A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2006.06.008>
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Blais, M. (2022). Child sexual abuse, self-esteem, and delinquent behaviors during adolescence: The moderating role of gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), NP12725-NP12744. <https://doi.org/10.1177/08862605211001466>
- Giordano, F., Caravita, S. C. S., & Jefferies, P. (2020). Social-ecological resilience moderates the effectiveness of avoidant coping in children exposed to adversity : An exploratory study in lithuania. *Frontiers in Psychology*, 11, 536353. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.536353>
- Ferrajão, P., & Elklit, A. (2021). Attachment and social support mediate associations between polyvictimization and psychological distress in early Uganda and Kenya adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2021.105271>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hamby, S., Grych, J., & Banyard, V. (2018). Resilience portfolios and poly-strengths : Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of Violence*, 8(2), 172-183. <https://doi.org/10.1037/vio0000135>
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford publications.
- Hébert, M. & Cyr, M. (2010). Adaptation française du History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, et Boudreau, 1987). Document inédit. Montréal, QC: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: Resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 685-694. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013>
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., & Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of quebec high school students : Prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 64(12), 846-854. <https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
- Hébert, M., Amédée, L. M., Théorêt, V., & Petit, M.-P. (2022). Diversity of adaptation profiles in youth victims of child sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(S1), S41-S49. <https://doi.org/10.1037/tra0001090>
- Howell, K. H., & Miller-Graff, L. E. (2014). Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 1985-1994. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2014.10.010>
- Jean-Thorn, A., Tremblay-Perreault, A., Dubé, V., et Hébert, M. (2022). A systematic review of community-level protective factors in children exposed to maltreatment. *Trauma, Violence, and Abuse*, 152483802211172. <https://doi.org/10.1177/15248380221117234>
- Jefferies, P., Höltge, J., Fritz, J., & Ungar, M. (2022). A cross-country network analysis of resilience systems in young adults. *Emerging Adulthood*, 11(2), 415-430. <https://doi.org/10.1177/21676968221090039>
- Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2017). The contribution of cognitive strategies to the resilience of women survivors of childhood sexual abuse and non-abused women. *Violence Against Women*, 23(8), 993-1015. <https://doi.org/10.1177/1077801216652506>
- Layne, C. M., Briggs, E. C., & Courois, C. (2014). Introduction to the special section: Using the Trauma History Profile to unpack risk factor caravans and their consequences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, S1-S8. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037768>
- Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 51, 31-40. doi: 10.1016/j.chabu.2015.11.016
- Libório, R. M. C. et Ungar, M. (2010). Children's perspectives on their economic activity as a pathway to resilience. *Children & Society*, 24(4), 326-338. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2009.00284.x>

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>
- Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors promoting resilience following childhood sexual abuse : A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17-34. <https://doi.org/10.1002/car.2258>
- McLean, C. P., Morris, S. H., Conklin, P., Jayawickreme, N., & Foa, E. B. (2014). Trauma characteristics and posttraumatic stress disorder among adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 29(5), 559-566. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9613-6>
- Preacher, K. J. et Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
<https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Putnam, K. T., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 435-442.
<https://doi.org/10.1002/jts.21833>
- Russell, D. E. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 133-146. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90065-0)
- Samms-Vaughan, M., & Lambert, M. (2017). The impact of polyvictimisation on children in LMICs : The case of Jamaica. *Psychology, Health & Medicine*, 22(Suppl 1), 67-80.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1274411>
- Shahidi, M., Ungar, M., Wedyaswari, M., & Shojaee, M. (2024). The role of resilience as a mediating factor between adverse childhood experience and mental health in adolescents receiving child welfare services in nova scotia. *Child and Adolescent Social Work Journal*.
<https://doi.org/10.1007/s10560-024-00979-8>
- Southwick, S. M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(11), 1-14. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>

- Ungar, M., et Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 126-149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K.-C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents : The role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1710400. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>
- Villedas, M. T., Morelli, N. M., Hong, K., Duong, J., Evans, M. C., Elson, D., Rose, E., Picci, G., & Fishbein, D. (2021). Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105189. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2021.105189>
- Wamser-Nanney, R., & Campbell, C. L. (2020). Childhood sexual abuse characteristics, abuse stress, and PTSS : Ties to sexual behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 105, 104290. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2019.104290>
- Wei, X., & Lü, W. (2023). Childhood trauma and internalizing and externalizing behavior problems among adolescents : Role of executive function and life events stress. *Journal of Adolescence*, 95(4), 740-750. <https://doi.org/10.1002/jad.12150>
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2011.07.004>
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). History of victimization form. *Unpublished assessment instrument. London, Ontario: London Health Science Centre.*
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
- Yoon, S., Maguire-Jack, K., Knox, J., & Ploss, A. (2021). Socio-ecological predictors of resilience development over time among youth with a history of maltreatment. *Child Maltreatment*, 26(2), 162-171. <https://doi.org/10.1177/1077559520981151>
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Stevens, D., Ungar, M., & Wekerle, C. (2010). Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(2), 408-420. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9228-y>

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le présent chapitre précisera les principaux résultats et limites méthodologiques de l'étude, et procure quelques pistes de recherches futures et d'intervention au niveau sexologique.

5.1 Rappel des objectifs de l'étude

Cette recherche avait comme premier objectif d'évaluer si le trauma cumulatif influençait les problèmes de comportements intérieurisés et exteriorisés chez les adolescentes victimes d'ASE, âgées entre 12 et 18 ans. Le second objectif était de tester l'effet de la résilience dans l'association entre les expériences de trauma cumulatif et les problèmes de comportement intérieurisés et exteriorisés.

5.2 Principaux résultats

Les résultats présentés dans ce mémoire permettent de documenter l'expérience de TCE des adolescentes victimes d'ASE. D'abord, les données indiquent qu'au cours de l'enfance, les adolescentes abusées sexuellement sont susceptibles d'être victimes d'autres formes de maltraitance. En effet, plus de la moitié des participantes ont rapporté avoir été exposées à d'autres formes de maltraitance simultanément à leur victimisation sexuelle (79,1%). En moyenne, ces adolescentes rapportaient avoir vécu deux autres formes de maltraitance ($M = 2,06$; $ET = 1,5$). Plus précisément, 19,4% des participantes ont rapporté avoir subi une autre forme de maltraitance, 19,9% en rapportait deux, 19,4% trois, 13,8% quatre et 6,6% en rapportait cinq.

Ces prévalences sont comparables à celles identifiées par l'étude de Finkelhor et ses collègues (2005), selon laquelle environ 92% de jeunes âgés entre 2 et 17 ans victimes d'ASE rapportaient avoir subi d'autres formes de maltraitance au cours de leur enfance, même si elles restent significativement supérieures à celles rapportées dans la présente étude. Lorsque les prévalences de victimisation sont examinées selon le type de maltraitance, une proportion significativement importante d'adolescentes ayant subi une victimisation sexuelle, à savoir 31,5 %, avait également vécu de la violence psychologique, tandis que 29,4 % avait été exposée à la violence interparentale, 23,9 % avait subi des abus physique et 15,2 % de la négligence parentale.

Selon Finkelhor et al. (2013), l'accumulation de traumatismes entraîne des répercussions plus importantes sur ces adolescentes que des expériences de victimisation isolées, augmentant ainsi considérablement le risque de développer des problèmes de comportements chez ces adolescentes (Lewis et al., 2016). Les conséquences de la maltraitance chez les adolescentes qui en subissent ne sont plus à démontrer et affectent toutes les sphères de leur vie à court, moyen et long terme. Par exemple, le TCE a été associé à un plus grand risque de présenter des problèmes intérieurisés (comme l'anxiété ou la dépression) et extérieurisés (comme les comportements agressifs) chez les enfants (Choi et Oh, 2014). Bien que les résultats du présent mémoire ne permettent pas de conclure à une association directe entre le trauma cumulatif et les symptômes intérieurisés ou extérieurisés, les données descriptives révèlent une prévalence élevée de problèmes de comportement au sein de l'échantillon. En effet, les résultats montrent que les problèmes de comportement intérieurisés étaient rapportés par 67 % des participantes. Les problèmes de comportement extérieurisés, quant à eux, concernaient 42 % des adolescentes.

5.2.1 Résilience

Le second objectif était de tester le rôle médiateur de la résilience dans l'association entre les expériences de trauma cumulatif et les problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés. Il était attendu qu'un historique de trauma cumulatif chez les adolescentes victimes d'ASE soit associé à moins de ressources de résilience, en particulier des facteurs relationnels et communautaires, ce qui, en retour contribuerait à des problèmes de comportement plus importants.

Selon le modèle socioécologique, la résilience jouerait un rôle déterminant dans la capacité d'un individu à s'adapter face à une situation d'adversité, en mobilisant trois types de ressources : a) les ressources individuelles, b) les ressources relationnelles/familiales et c) les ressources communautaires/sentiment d'appartenance (Liebenberg et al., 2012). Dans un contexte de trauma cumulatif chez les jeunes, ces différentes facteurs qui composent la résilience contribueraient à limiter l'apparition de symptômes liés aux épisodes de maltraitance. Toutefois, l'application de ce modèle à notre échantillon a révélé que seuls certains de ces facteurs avaient un impact significatif.

Conformément à nos hypothèses, les trois facteurs de résilience étaient associés aux problèmes de comportements intérieurisés et extérieurisés. Cependant, seuls les facteurs relationnelle/familiale et communautaire/sentiment d'appartenance avaient un effet indirect dans l'association entre le TCE et les problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés. En d'autres termes, les résultats montrent que les adolescentes qui rapportent un niveau élevé de résilience relationnelle/familiale ou communautaire/sentiment d'appartenance sont moins susceptibles de développer des symptômes

intériorisés et extériorisés à l'adolescence. Or, la résilience individuelle, quant à elle, n'a pas été identifiée comme un médiateur significatif. Ces résultats s'alignent avec des recherches antérieures qui suggèrent que, si la résilience individuelle peut être un facteur clé dans certaines formes d'adversité, elle semble moins influente dans des contextes où les expériences de maltraitance sont multiples et cumulatives (Shahidi et al., 2024). La littérature suggère d'ailleurs que les facteurs comme les relations sociales (intra-familiale et extra-familiale) et les soutiens communautaires, exercent une influence plus forte sur les comportements problématiques que les facteurs individuels (Dahlburg et Krug, 2002). En effet, l'adolescence étant une période de transformations majeures, les ressources interpersonnelles et sociales semblent prévaloir sur les ressources individuelles, comme l'auto-efficacité. Ainsi, ces jeunes filles, ayant été confrontées à des expériences répétées de violence et de négligence évoluent dans un contexte où leur capacité à se reconstruire ne dépend pas seulement de leurs ressources personnelles, mais aussi de la manière dont leur environnement social et communautaire leur apporte le soutien nécessaire pour surmonter leurs épreuves d'adversité. Il n'est donc pas surprenant d'observer que les différents niveaux d'environnements familiaux et communautaires prennent une place centrale dans la construction de la résilience chez ces adolescentes.

5.2.1.1 Résilience relationnelle

Les résultats soulignent ainsi l'importance de la résilience relationnelle dans le lien entre les problèmes de comportement et le TCE chez les adolescentes. Plus spécifiquement, un niveau élevé de résilience relationnelle était associé à moins de comportements intériorisés (tels que l'anxiété et la dépression) et extériorisés (tels que l'agressivité ou les comportements à risque). Conformément au modèle de Ungar (2011), ces résultats suggèrent que les adolescentes bénéficiant d'un soutien familial et culturel, caractérisé par la présence de relations parentales positives, notamment des parents qui reconnaissent et soutiennent l'adolescente dans son historique de victimisation, l'accès à des adultes significatifs agissant comme modèles prosociaux - par exemple un membre de la famille élargie agissant comme figure de confiance - et la valorisation des traditions familiales et culturelles, sont davantage susceptibles de rapporter une meilleure adaptation.

Ces constats s'alignent avec les données de la littérature, qui soulignent l'importance du soutien intrafamilial disponible en tant que facteur protecteur contre les difficultés intériorisées, tels que la dépression et les idéations suicidaires (Frédrick et al., 2018; Yap et al., 2014), ainsi que les difficultés extériorisées, comme l'agressivité et les comportements antisociaux (Rothenberg et al., 2020). Dès lors, des relations familiales de qualité peuvent atténuer les conséquences psychologiques liées aux traumatismes. Ces observations rejoignent les travaux de Shahidi et al. (2024), qui soulignent que des relations

bienveillantes et sécurisantes, en particulier avec les donneurs de soins, contribuent à médier les effets négatifs des expériences d'adversité multiples chez les adolescentes.

Par ailleurs, étant constamment imprégnées de la culture familiale, l'appréciation des traditions familiales seraient déterminants dans le processus d'adaptation de ces adolescentes. Par exemple, pour les victimes de TCE, ces pratiques culturelles pourraient s'incarner à travers des célébrations symboliques de résilience, des rituels marquant la libération du passé, des pratiques de pardon envers soi-même ou encore des cérémonies symbolisant la reprise de pouvoir sur sa propre existence. En ce sens, Ungar (2011) insiste sur le fait que de tels rituels renforcent un sentiment de contrôle sur sa propre vie, qui serait alors susceptible de renverser le sentiment d'impuissance souvent engendré par les expériences de victimisation, tels que l'ASE (Finkelhor et Browne, 1985). De cette manière, les ressources culturelles permettraient aux victimes de réinterpréter leur parcours de manière positive.

5.2.1.2 Résilience communautaire

Cela dit, le milieu extrafamilial joue un rôle tout aussi essentiel dans le parcours des adolescentes victimes de traumas cumulatifs (TCE, incluant l'ASE). En effet, au niveau communautaire, la résilience, caractérisée par un sentiment d'appartenance, un soutien social par les pairs, un accès à un soutien communautaire et un sentiment de justice au sein de sa communauté, était associée à moins de comportements intérieurisés et exteriorisés. À l'inverse, il est possible de supposer que les adolescentes qui ont été exposées à un évènement de maltraitance simultanément à leur victimisation sexuelle développent une plus faible résilience communautaire puisqu'elles risquent de ne pas bénéficier d'un accès à des réseaux de soutien social, notamment par leurs pairs et la communauté, ainsi qu'à des environnements qui favorisent leur sentiment d'appartenance et de justice, ce qui contribue à augmenter leurs symptômes. Une explication possible réside dans le fait que, dans le cas de TCE, l'exposition à la violence se produit dans un cadre intrafamilial ou auprès d'adultes censés incarner la protection, ce qui compromet la confiance de l'adolescente envers les figures d'autorité et les milieux institutionnels ou communautaires. Ce climat de méfiance ou de retrait peut alors nuire à leur capacité à chercher ou accepter du soutien à l'extérieur du milieu familial, réduisant ainsi l'accès aux ressources communautaires. Par conséquent, ces adolescentes se retrouvent dans des contextes sociaux vulnérables, où les opportunités de soutien, de validation ou de reconstruction identitaire sont limitées. Une étude de Ashton et al. (2021) souligne effectivement que, face à des relations familiales fragiles, les interactions avec leurs pairs et les réseaux au sein de leur communauté leur permettent pourtant de reconstruire un sentiment de sécurité et des connexions significatives. Seulement, lorsque ces ressources sont absentes, les adolescentes sont d'autant plus à risque de développer des problèmes intérieurisés ou exteriorisés, comparativement à celles ayant pu s'appuyer sur un environnement communautaire soutenant.

Les résultats du présent mémoire suggèrent notamment que le soutien social des pairs constitue alors un facteur de protection intéressant. Plus précisément, les adolescentes bénéficiant d'un niveau élevé de soutien de la part de leurs amis ou d'adultes significatifs sont moins susceptibles de développer des symptômes intérieurisés et extérieurisés. En effet, les relations positives et soutenantes avec les pairs permettraient de réduire les difficultés de comportements en fournissant un environnement sécurisant et en encourageant des interactions prosociales. À l'adolescence, période où les liens sociaux prennent une place centrale, les jeunes sont particulièrement sensibles à l'influence de leur groupe. En quête d'appartenance, les jeunes tendent à se conformer aux normes sociales dominantes pour construire leur identité (Albert et al. 2013 ; Albarello et al., 2018). Lorsque les groupes sociaux valorisent des comportements prosociaux, tels que l'entraide, l'écoute et le respect, ces normes peuvent orienter positivement les conduites à adopter et limiter les comportements problématiques, notamment la délinquance ou les conduites autodestructrices. En ce sens, les groupes de pairs peuvent offrir aux adolescentes victimes de TCE (incluant l'ASE) des espaces de soutien émotionnel précieux, où elles se sentent comprises et peuvent partager leurs expériences, limitant alors le recours à des comportements à risque, tels que l'isolement ou l'automutilation, souvent utilisés comme réponses à leurs expériences traumatiques (Dolan et al., 2023; Schwartz-Mette et Lawrence, 2019; Yearwood et al. 2019).

De plus, en favorisant le dévoilement des situations de victimisation, les pairs peuvent encourager les adolescentes à solliciter une aide extérieure, notamment auprès de professionnels, et ainsi contribuer à mettre fin aux situations de maltraitance persistantes. Par conséquent, la promotion de valeurs prosociales au sein des groupes sociaux contribue à créer un environnement où les adolescentes peuvent non seulement adopter des comportements plus adaptés socialement mais aussi trouver le soutien nécessaire pour affronter les conséquences de leurs traumatismes.

Par ailleurs, les résultats du présent mémoire montrent que le sentiment d'appartenance ressenti par les adolescentes au sein d'un collectif plus large, comme à l'école par exemple, était associé à une meilleure adaptation. En effet, la littérature suggère que lorsqu'elles se sentent acceptées, soutenues et valorisées au sein de leur école, ces adolescentes sont plus susceptibles de développer un sentiment d'appartenance, ce qui contribue à son tour à réduire les problèmes de comportements comme l'absentéisme et le décrochage scolaire (Ungar, 2011; Layne et al., 2014). Plus précisément, grâce à des programmes éducatifs et un accès à des ressources psychosociales, les institutions scolaires offrent des espaces où les adolescentes peuvent trouver des figures de soutien significatives, qu'il s'agisse d'un enseignant, d'un conseiller scolaire ou d'un pair modèle, et où elles se sentent en sécurité et soutenues (Layne et al., 2014).

Enfin, dans le cadre de la présente étude les adolescentes qui rapportaient un fort sentiment d'équité au sein de leur communauté manifestaient moins de symptômes intérieurisés et extérieurisés. En d'autres

termes, pour les adolescentes victimes de TCE, le sentiment d'être traitée équitablement au sein de leur communauté agit comme un facteur de protection. En effet, il a été démontré que les victimes d'ASE par exemple, tendent à développer une vision fragilisée d'elles-mêmes et du monde qui les entoure ainsi qu'un sentiment d'exclusion sociale accompagné d'une méfiance vis-à-vis des figures d'autorité et des institutions (Blanchard-Dallaire et Hébert, 2014). Dans cet optique, il est possible de supposer que les adolescentes exposées simultanément à une ASE et à d'autres formes de maltraitance, puisqu'elles ont été confrontées à des expériences répétées de violence et de négligence, développent également un sentiment d'insécurité chronique et une méfiance généralisée envers leur environnement.

La capacité de la communauté à leur offrir des opportunités de participation sociale et de développement personnel contribue cependant à modifier cette dynamique (Ungar, 2011). En ayant accès équitable à des opportunités éducatives, sociales et professionnelles les adolescentes ont l'occasion d'acquérir des compétences essentielles à leur développement et de se projeter positivement dans l'avenir (Allan et Ungar, 2014). De cette façon, cette capacité à se projeter positivement pourrait agir directement sur les problèmes intérieurisés en réduisant l'anxiété et l'isolement, car elles sentent qu'elles ont une place légitime et un rôle à jouer dans la société.

De plus, les résultats permettent de supposer que lorsqu'elles se sentent respectées et traitées avec équité par leur communauté, notamment au sein des institutions sociales et de santé – ces adolescentes sont moins enclines à adopter des comportements extériorisés, tels que l'opposition ou les attitudes antisociales, souvent motivés par une colère latente envers un environnement perçu comme hostile ou injuste. Cette diminution des problèmes de comportement pourrait s'expliquer par le fait qu'un environnement perçu comme juste et bienveillant réduit le sentiment d'insécurité et les comportements défensifs associés (Ungar et al., 2011). En ce sens, Ungar et al. (2013) souligne l'importance du sentiment de justice et d'équité dans les relations avec les figures d'autorité. Les données de la présente étude suggèrent ainsi que lorsque les adolescentes se sentent écoutées, comprises et traitées équitablement, elles sont plus susceptibles de développer un sentiment d'appartenance et une confiance envers les institutions, ce qui diminue par conséquent leur méfiance initiale et les comportements déviants.

En somme, les résultats de cette étude soulignent que les facteurs relationnel et communautaire de la résilience jouent un rôle important dans l'association entre le TCE (incluant l'ASE) et les problèmes de comportement intérieurisés et extériorisés.

5.3 Limites méthodologiques

Bien que ce mémoire présente des résultats probants sur la résilience chez les adolescentes victimes de TCE, il comporte certaines limites. Premièrement, une limite concerne la nature de l'échantillon utilisé puisqu'il était constitué exclusivement d'adolescentes ayant dévoilé une ASE. Par conséquent, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des jeunes victimes d'ASE, en particulier celles qui n'ont pas dévoilé leur ASE. En effet, des différences importantes pourraient apparaître entre les adolescentes qui dévoilent leur ASE et celles qui ne le font pas. Les victimes qui ne dévoilent pas leur ASE présenteraient davantage de difficultés (Hébert et al., 2009), mais n'ayant pas été prises en compte dans la présente étude, la validité externe des conclusions pourrait alors être affectée.

En outre, une deuxième limite concerne l'application du modèle de résilience. En fait, dans la présente étude le modèle ne se trouve pas entièrement validé puisque le facteur individuel de la résilience n'avait aucun effet indirect sur le lien entre le TCE et les problèmes de comportement. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la résilience a été évaluée au moyen d'un questionnaire abrégé. Chaque facteur-individuel, relationnel/familial et communautaire – n'a été mesuré que par un nombre limité d'items, ce qui a pu générer des biais dans les résultats.

Par ailleurs, bien que cette étude ait pris en compte plusieurs ressources de résilience, certaines variables potentiellement pertinentes, notamment les facteurs de protection scolaires, n'ont pas été intégrées. Or, la littérature suggère que les ressources scolaires contribuent à une meilleure adaptation sociale et psychologique chez les adolescentes (Phasa, 2010). Par exemple, l'engagement scolaire pourrait jouer un rôle médiateur dans la relation entre l'exposition au TCE et les problèmes de comportements associés, comme l'isolement, les difficultés d'attention ou les comportements délinquants. À l'avenir, les chercheurs devraient donc intégrer des indicateurs scolaires dans leurs analyses pour améliorer le modèle et favoriser une compréhension plus complète de la résilience des adolescentes victimes de TCE.

Une autre limite concerne l'absence de certaines variables de contrôle susceptibles d'avoir influencé la relation entre le trauma cumulatif, la résilience et les comportements problématiques. Des facteurs tels que la sévérité et la durée de l'agression sexuelle, l'âge au moment du premier épisode, la nature du lien entre la victime et l'agresseur, le contexte socioéconomique, la présence d'un suivi psychologique ou d'interventions en cours, ainsi que le temps écoulé depuis la divulgation, auraient pu avoir un effet différentiel sur les trajectoires d'adaptation. L'absence de ces indicateurs empêche d'évaluer pleinement leur rôle dans les associations observées et pourrait avoir introduit un biais dans l'interprétation des résultats.

En outre, le fait que l'échantillon soit composé exclusivement de participantes québécoises limite la portée des résultats. Les processus de résilience s'inscrivent dans un contexte social et culturel spécifique, façonné par les normes, les valeurs et les ressources disponibles au sein de chaque communauté. Ainsi, la signification accordée aux relations familiales, au soutien social ou au sentiment d'appartenance communautaire peut varier considérablement d'un milieu à l'autre. Il serait donc souhaitable que de futures recherches examinent ces dynamiques dans d'autres contextes culturels et régionaux, afin d'évaluer la transférabilité du modèle et d'enrichir la compréhension interculturelle de la résilience chez les jeunes victimes de TCE.

Enfin, une dernière limite mérite d'être discutée. Étant donné le peu de recherches portant sur la résilience des garçons victimes d'ASE dans un contexte de TCE, il aurait été pertinent d'inclure un échantillon mixte. Ainsi, les études futures devraient accorder une attention particulière à cette population, en intégrant à leurs recherches un nombre significatif de participants masculins afin de mieux appréhender leur résilience face aux expériences cumulatives de maltraitance, y compris l'ASE.

5.4 Implications pour les interventions sexologiques

Cette étude apporte une contribution essentielle à la compréhension de la résilience chez les adolescentes victimes de TCE, tout en proposant des pistes concrètes pour optimiser les interventions préventives destinées aux jeunes en identifiant les facteurs impliqués dans la réduction des symptômes intérieurisés et extérieurisés.

D'abord, l'étude souligne que l'ASE survient rarement de manière isolée et qu'elle s'accompagne fréquemment d'autres formes de maltraitance. Les professionnels devraient donc systématiquement investiguer les antécédents de maltraitance lors des évaluations et adapter leurs interventions en conséquence. Jusqu'à présent, les programmes d'intervention se sont principalement concentrés sur des expériences de maltraitance isolées, comme l'ASE. Or, il est impératif de tenir compte de l'effet cumulatif des traumatismes pour élaborer des stratégies d'intervention plus adaptées et plus sensibles aux besoins de cette population.

Par ailleurs, les résultats soulignent l'importance d'adopter une approche globale dans les programmes de promotion de la résilience, en s'appuyant sur le modèle socioécologique. Afin d'aider les adolescentes exposées au TCE à surmonter ces adversités, il est essentiel d'intervenir simultanément à plusieurs niveaux, mais particulièrement au niveau relationnel (par exemple, l'implication des parents non-

agresseurs dans le soutien post-traumatique des de leurs jeunes) et au niveau communautaire (par exemple, favoriser un sentiment d'appartenance à l'école ou à la communauté).

D'abord, au niveau relationnel/familial, bien que la violence intrafamiliale puisse complexifier le rôle parental, le soutien parental demeure une ressource essentielle pour favoriser la résilience des adolescentes victimes d'ASE. En effet, les facteurs familiaux, tels qu'un environnement familial stable et des relations de soutien, semblaient être systématiquement associés à une meilleure capacité d'adaptation face à l'adversité. Dans ce contexte, le rôle du parent non agresseur s'avère particulièrement crucial. Ainsi, lors de la mise en œuvre d'interventions cliniques, il est essentiel de prendre en compte la possibilité de solliciter un soutien social, notamment des parents (Domhardt et al., 2015). Les résultats de la présente étude soulignent l'importance d'accompagner les parents non agresseurs, par exemple par l'implantation de programmes de soutien à la parentalité, afin de les aider à mieux répondre aux besoins spécifiques de leur enfant et à le soutenir efficacement dans son processus de résilience.

Au niveau communautaire, le soutien social joue également un rôle déterminant dans la résilience des adolescentes. Avoir la possibilité de se confier à des personnes de confiance, qu'il s'agisse de leurs pairs ou des membres de leur communauté, peut significativement réduire leur sentiment de solitude. À cet égard, encourager des activités de groupe au sein du milieu scolaire, comme des discussions en classe ou des activités parascolaires représentent des moyens efficaces de renforcer les interactions sociales. De plus, malgré un vécu marqué par des expériences de maltraitances cumulatives, les adolescentes parviennent à rester engagées dans leur parcours scolaire et à nourrir des aspirations académiques lorsque des soutiens institutionnels et communautaires, comme l'accès à des programmes scolaires leur sont accessibles. En effet, selon une étude de Phasha et al. (2010), menée auprès de victimes d'ASE, la promotion de valeurs culturelles, comme la réussite, ainsi que la mise en place de programmes éducatifs, contribuent à maintenir l'engagement scolaire des jeunes. Par conséquent, lorsque les jeunes se sentent intégrées dans leur école, elles seraient davantage susceptibles de maintenir des aspirations éducatives élevées (Phasha et al., 2010). Ainsi, le sentiment d'appartenance agirait ainsi comme un levier pour renforcer l'ambition et la persévérance des jeunes, qui s'avère d'autant plus essentiel pour les adolescentes victimes de TCE, pour qui la réussite académique peut devenir un moyen de renforcer leur sentiment d'auto-efficacité et d'envisager un avenir positif, malgré leur passé traumatisque. Dès lors, percevoir un traitement équitable et juste devient une condition indispensable pour qu'elles puissent restaurer une image de soi positive et retrouver une place légitime au sein de la société (Ungar et al., 2013). En ce sens, le sentiment de justice et d'équité est favorisé par la création d'un environnement respectueux et bienveillant, où les adolescentes peuvent se reconstruire en toute sécurité. Cet environnement sécurisant est fondamental pour qu'elles puissent reprendre confiance en elles et en leur capacité à établir des liens sociaux significatifs. Enfin, l'investissement dans des

programmes scolaires, familiaux et communautaires visant à promouvoir la résilience pourrait atténuer les effets à long terme des TCE. En ce sens, une communauté efficace pourrait intervenir directement sur le développement de problèmes de comportement en soutenant les familles en difficulté, diminuant ainsi la pression exercée sur les parents et réduisant les risques de maltraitance (Martinez et al., 2017). Ainsi, promouvoir l'accès à des ressources de soutien externes, comme les services sociaux ou les organismes communautaires, est essentiel pour offrir une aide immédiate aux jeunes confrontés à des expériences d'adversité. De même, des initiatives scolaires et communautaires qui offrent aux jeunes des opportunités de participation active à la vie collective pourraient renforcer leur résilience à long terme.

CONCLUSION

Cette étude visait à explorer le rôle potentiel de la résilience dans la trajectoire de rétablissement des adolescentes victimes d'ASE à la suite d'un historique de trauma cumulatif à l'enfance. En mobilisant la théorie de la résilience de Ungar (2011), la présente étude a permis d'examiner les interactions entre les facteurs individuel, relationnel et communautaire contribuant au processus de résilience chez un échantillon d'adolescentes québécoises victimes d'ASE. Les résultats mettent en évidence que la résilience ne reposerait pas sur des facteurs individuels, mais qu'elle serait fortement influencée par l'environnement familial et communautaire d'un individu. Par exemple, les adolescentes bénéficiant d'un soutien familial significatif et d'un fort sentiment d'appartenance à leur communauté développent moins des symptômes intérieurisés et extérieurisés. Cette étude souligne ainsi l'importance de renforcer les ressources relationnelles et communautaires disponibles dans l'environnement des adolescentes victimes d'ASE et la pertinence d'adopter une approche intégrative qui permet de prendre en compte les différents niveaux socioécologiques afin d'évaluer la résilience. En conclusion, il apparaît essentiel de mettre en place des interventions préventives qui ciblent les facteurs de protection à plusieurs niveaux socioécologiques. Par exemple, accompagner davantage le parent non-agresseur, favoriser l'engagement des adolescentes dans leur scolarité, promouvoir l'accès à des opportunités sociales et professionnelles ainsi qu'à des institutions de santé et des programmes de soutien constituent des leviers potentiels pour améliorer le rétablissement des adolescentes. À la lumière de ces résultats, il convient de souligner que le rétablissement des adolescentes victimes d'ASE ne peut reposer sur une démarche uniquement individuelle, mais devient une responsabilité collective et exige un effort collectif nécessitant l'implication de l'ensemble d'une communauté et de ses institutions. Ces conclusions rappellent l'urgence de renforcer les efforts de recherche et d'intervention afin de mieux accompagner ces adolescentes dans leur processus de rétablissement en leur offrant des environnements et des conditions propices à une reconstruction positive à long terme.

ANNEXE A
CERTIFICAT ÉTHIQUE

**Groupe en éthique
de la recherche**

Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER 2022

Certificat de réussite

Ce document certifie que

Luna Dannau

a complété avec succès la Formation en éthique de la recherche basée sur l'Énoncé de politiques des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2: FER 2022)

Numéro de certificat 0000877379

23 mars, 2023

ANNEXE B
QUESTIONNAIRES

Échelle des problèmes de comportements intérieurisés et extériorisés du *Child Behavior Checklist*.

Le questionnaire CBCL n'est pas présenté en annexe en raison des droits d'auteur.

Questionnaire *Child and Youth Resilience Measure.*

CHILD AND YOUTH RESILIENCE MEASURE
Version administrée aux adolescents.es

Indique dans quelle mesure chacune des phrases te décrivent.

Pas du tout	Un peu	Assez	Beau- coup	Énormé- ment	À quel point...
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1. ... y a-t-il des gens que tu admires ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	2. ... pour toi, est-ce important de faire des études ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	3. ... dirais-tu que tes parents savent beaucoup de choses sur toi ? (par exemple, qui sont tes amis, ce que j'aime faire)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	4. ... fais-tu tout ton possible pour finir ce que tu as entrepris ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	5. ... es-tu capable de résoudre les problèmes sans nuire aux autres ou à toi-même (ne pas user de drogues et/ou de violence) ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	6. ... sais-tu où aller pour obtenir de l'aide dans ta communauté ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	7. ... te sens / sentais-tu à ta place à ton école ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	8. ... penses-tu que ta famille sera prête à t'aider pendant les moments difficiles ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	9. ... penses-tu que tes amis.es sont prêts.es à t'aider pendant les moments difficiles ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	10. ... es-tu traité.e de façon équitable (juste) dans ta communauté ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	11. ... as-tu l'occasion d'acquérir des compétences qui te seront utiles plus tard (comme des compétences professionnelles et des habiletés pour prendre soin des autres) ?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	12. ... apprécies-tu tes traditions culturelles et familiales (comme les fêtes et les cérémonies) ?

Questionnaire *Histoire de victimisation*.

HISTOIRE DE VICTIMISATION

Veuillez compléter ce formulaire pour chacune des situations d'agression sexuelle rapportées concernant le/la jeune

Nombre total de situations d'AS vécues ou rapportées: _____	<input type="checkbox"/> Situation d'AS pour laquelle le/la jeune reçoit des services <input type="checkbox"/> Seconde situation d'AS <input type="checkbox"/> Troisième situation d'AS <input type="checkbox"/> Revictimisation (durant les services)
Date de naissance: ____/____/_____ (jj/mm/aaaa)	# dossier: _____
Date de l'évaluation: ____/____/_____ (jj/mm/aaaa)	Code recherche: _____
Date de révision T2 (suite au traitement): ____/____/_____ (jj/mm/aaaa)	

Pour la situation d'AS décrite, est-ce que le/la jeune a été victime ou témoin d'une agression sexuelle?

- Victime d'AS
- Témoin d'AS (description de la situation d'AS du/de la jeune témoin et non de la personne victime)

Pour les besoins de la recherche, le statut de la situation d'agression sexuelle est ...

- ... la situation d'agression sexuelle est fondée
- ... la situation d'agression sexuelle est probable
- ... il y a soupçon d'agression sexuelle
- ... la situation d'agression sexuelle n'est pas fondée

1. Description de la situation d'agression sexuelle

A. Gestes subis par le/la jeune ou dont il a été témoin

		Non subi	Subi	Témoin	?
1.	Exhibitionnisme (exposition des parties sexuelles de l'agresseur sans toucher) ¹	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Voyeurisme (exposition des parties sexuelles du/de la jeune sans toucher) ¹	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Baisers ¹	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Usage de pornographie ¹	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Contact physique par-dessus les vêtements (masturbation ou caresses) ¹	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Contact physique sous les vêtements ²	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Attouchements génitaux ²	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Contact oral-génital (sans pénétration orale) ³	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Pénétration ou tentative de pénétration (orale, vaginale, anale ou avec un objet) ³	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Actes sadiques, esclavagisme, prostitution, bestialité ³	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Note : Les chiffres en exposant réfèrent au niveau de sévérité de l'AS

Coter la sévérité de l'agression sexuelle selon les gestes subis par le/la jeune

- ① Moins sévère ② Sévère ③ Très sévère ⑨ ?

SVP Coter la sévérité de l'agression est définie selon la codification de Russell (inversée)

1. **Agression sexuelle moins sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique par-dessus les vêtements (sans déshabillage); expérience sexuelle n'impliquant pas de contact physique comme incitation à une activité sexuelle ou exhibitionnisme
2. **Agression sexuelle sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique sous les vêtements ou avec déshabillage, sans pénétration ou force comme des caresses ou frottements
3. **Agression sexuelle très sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique avec pénétration / tentative de pénétration ou force comme pénétration digitale, sexe oral, sexe anal, actes bizarres tels que bestialités ou acte sexuel impliquant plus d'un agresseur

B. Est-ce que l'agression sexuelle a été faite dans le cadre d'une exploitation sexuelle (distribution de matériel pornographique, prostitution)? ① Non ② Oui ⑨ ?

C. Durée de l'agression ① Épisode unique ② Quelques événements ③ Répétitif (plus de 6 mois) ⑨ ?

Durée, si plus d'un épisode: _____ mois
(inscrire 999 si vous n'avez pas l'information)

D. Âge du/de la jeune lors du premier épisode d'agression sexuelle _____ ans
(inscrire 999 si vous n'avez pas l'information)

2. Caractéristiques de l'agresseur (au moment des AS)

S'il y a plusieurs agresseurs (précisez) _____

Si plus d'un agresseur, inscrire les informations de l'agresseur principal (par ex., celui dont les gestes posés sont les plus sévères) et, au besoin, inscrire les informations des autres agresseurs à la question C.

A. Sexe de l'agresseur principal ① Femme ② Homme ⑨ ?

(pour cette question, deux réponses sont requises, une en chiffre et l'autre en catégorie)

B1. Âge approximatif de l'agresseur principal en années _____ ans (inscrire 999 si vous n'avez pas l'information)

B2. Âge de l'agresseur principal en catégorie

- ① Moins de 15 ans ② 15-19ans ③ 20-59 ans ④ 60 ans et plus ⑨ ?

C. Lien de l'agresseur principal avec le/la jeune

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 10 Un membre de la famille immédiate | <input type="checkbox"/> 11 Parent biologique (père, mère) | <input type="checkbox"/> 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère) | | |
| <input type="checkbox"/> 12 Fratrie (frère, sœur) | <input type="checkbox"/> 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe | | | |
| <input type="checkbox"/> 20 Un membre de la famille élargie | <input type="checkbox"/> 21 Oncle, tante | <input type="checkbox"/> 22 Cousin, cousine | <input type="checkbox"/> 23 Grand-parent | <input type="checkbox"/> 24 Toute autre personne liée à la famille élargie _____ |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> 30 Une personne de l'entourage | <input type="checkbox"/> 31 Gardien.ne | <input type="checkbox"/> 34 Parent d'accueil | <input type="checkbox"/> 37 Ami.e de la famille | |
| | <input type="checkbox"/> 32 Conjoint du gardien.ne | <input type="checkbox"/> 35 Enfant de la famille d'accueil | <input type="checkbox"/> 38 Ami.e du/de la jeune | |
| | <input type="checkbox"/> 33 Enfant du/de la gardien.ne | <input type="checkbox"/> 36 Professeur.e ou entraîneur.e | <input type="checkbox"/> 39 Voisin.e | |
| <input type="checkbox"/> 40 Une personne inconnue | | | | |
| <input type="checkbox"/> 50 Autre (précisez) _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 60 Partenaire | <input type="checkbox"/> 61 Chum/blonde | <input type="checkbox"/> 62 Fréquentation | <input type="checkbox"/> 63 Partenaire sexuel occasionnel | <input type="checkbox"/> 64 Ex-chum/ex-blonde |
| <input type="checkbox"/> 99 ? | | | | |

Lien de l'agresseur secondaire avec le/la jeune (si plus d'un agresseur)

- 10 Un membre de la famille immédiate
 11 Parent biologique (père, mère) 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère)
 12 Fratrie (frère, sœur) 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe
- 20 Un membre de la famille élargie
 21 Oncle, tante 22 Cousin, cousine 23 Grand-parent 24 Toute autre personne liée à la famille élargie _____
- 30 Une personne de l'entourage
 31 Gardien.ne 34 Parent d'accueil 37 Ami.e de la famille
 32 Conjoint du gardien.ne 35 Enfant de la famille d'accueil I 38 Ami.e du/de la jeune
 33 Enfant du/de la gardien.ne 36 Professeur.e ou entraîneur.e 39 Voisin.e
- 40 Une personne inconnue
 50 Autre (précisez) _____
- 60 Partenaire
 61 Chum/blonde 62 Fréquentation 63 Partenaire sexuel occasionnel 64 Ex-chum/ex-blonde
- 99 ?

D. Réside avec le/la jeune au moment des agressions (agresseur principal) 0 Non 1 Oui 9 ?

3. Dévoilement de la situation d'agression sexuelle

A. Est-ce que le/la jeune a lui/elle-même dévoilé la situation d'agression sexuelle?

0 Non 1 Oui 9 ?

(Attention! À moins qu'il y ait plusieurs personnes présentes lors de la première confidence du/de la jeune,
il ne peut y avoir plus d'un confident. Choisir la personne la plus significative pour le/la jeune.)

B. Si oui, quel est le lien avec le confident?

- 10 Un membre de la famille immédiate
 11 Parent biologique (père, mère) 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère)
 12 Fratrie (frère, sœur) 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe
- 20 Un membre de la famille élargie
 21 Oncle, tante 22 Cousin, cousine 23 Grand-parent 24 Toute autre personne liée à la famille élargie _____
- 30 Une personne de l'entourage
 31 Gardien.ne 34 Parent d'accueil 37 Ami.e de la famille
 32 Conjoint du gardien.ne 35 Enfant de la famille d'accueil I 38 Ami.e du/de la jeune
 33 Enfant du/de la gardien.ne 36 Professeur.e ou entraîneur.e 39 Voisin.e
- 40 Un professionnel (médecin, travailleur social, infirmier, etc.)
 41 Médecin 42 Travailleur social, infirmière, etc 43 Policier
- 50 Autre (précisez) _____
- 60 Chum/blonde
- 99 ?

Sexe du confident 1 Femme 2 Homme 9 ?

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Si le document est en format PDF, pour le compléter, utiliser la fonction « Remplir et signer » du logiciel Adobe Acrobat Reader.

Version révisée : 2023.03.27 - Chaire MV Ado A5



Université
de Montréal

UQÀM
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Travaux de recherche de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants (Phase IV) Projet de recherche auprès de la clientèle de la Fondation Marie-Vincent

Volet auprès des adolescent.es victimes d'agression sexuelle

Chercheures principales: MIREILLE CYR, Ph.D., département de psychologie, Université de Montréal
MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Co-chercheure: ISABELLE V. DAIGNAULT, Ph.D., école de criminologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par la Fondation Marie-Vincent.

Tu es invité.e à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, prend le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésite pas à poser toutes les questions que tu juges utiles à la personne qui te présente ce document.

Tu as accepté de recevoir des services à la Fondation Marie-Vincent (FMV). La FMV rassemble au même endroit tous les services policiers, médicaux, psychosociaux et socio-judiciaires pour les enfants et les adolescent.es agressé.es sexuellement (AS), les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (CSP) et leur(s) parent(s) non-agresseur(s). La Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants a été mandatée pour évaluer ces divers services. Les objectifs du présent volet de recherche sont :

1. Identifier les profils des adolescent.es afin de mieux répondre à leurs besoins et d'optimiser les interventions;
2. Explorer les trajectoires de développement des adolescent.es;
3. Évaluer l'implantation et les effets des services offerts par la FMV;
4. Documenter les trajectoires de services psycho-socio-judiciaires.

Dans le cadre des services offerts par la FMV, différentes informations et évaluations auprès de toi sont recueillies par l'équipe de professionnel.les. Ces informations concernent les services cliniques et l'intervention effectuée par le Centre jeunesse (le cas échéant), ainsi que des questionnaires d'évaluation. **Nous sollicitons ton autorisation pour que ces informations soient utilisées à des fins de recherche.**

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

A. AUTORISATIONS D'ACCÈS À DES DOSSIERS D'USAGER

1) Dossier de la trajectoire de tous les services reçus de la FMV

Ta participation consiste à autoriser l'équipe de recherche à recueillir des informations contenues dans le dossier clinique colligé par le personnel de la FMV. Ce dossier inclut l'information sur la trajectoire des services offerts par la FMV et ses partenaires (policier, médical, psychosocial (ex. Centre Jeunesse), clinique et judiciaire), des questionnaires complétés par toi, la figure parentale qui pourrait t'accompagner, ainsi que les notes d'évolution lors des services cliniques.

2) Accès au dossier de l'usager du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ/DPJ)

En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), dans la grande majorité des cas, le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ/DPJ) est impliqué dans la prise en charge des enfants. Nous demandons à ce que tu autorises l'accès à ton dossier (uniquement les informations qui te concernent) afin de pouvoir documenter les démarches de prise en charge effectuées par le CPEJ/DPJ. Ces données nous aideront à mieux comprendre l'ensemble de la trajectoire des services reçus et dans quelle mesure cela peut représenter un défi ou une forme de soutien pour les adolescent.es. Lorsqu'un accès est autorisé, les informations partagées ne révèlent jamais ton identité; ce dernier étant repéré par un numéro d'identification.

B. PARTICIPATION À LA RECHERCHE EN LIEN AVEC LES SERVICES CLINIQUES OFFERTS À LA FMV

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

Ta collaboration consistera à compléter un questionnaire à deux (2) reprises avec un.e assistant.e de recherche. Ce questionnaire porte sur ta situation personnelle, psychologique, familiale, relationnelle et amoureuse et prend environ 75 minutes à compléter. Les deux (2) rencontres pour la passation du questionnaire se déroulent, l'une, avant de débuter les services cliniques, et l'autre, à la fin des services reçus. Un bilan de l'évaluation par questionnaire présenté sous forme d'un résumé graphique sera remis à ton intervenant.e, afin de compléter l'évaluation de tes besoins et de prendre connaissance de ton évolution à la suite des services cliniques.

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

En complétant les questionnaires, tu auras la possibilité de faire le point sur différents aspects de ta vie ainsi que sur ton adaptation aux événements difficiles que tu peux avoir vécus. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des adolescents.es nous permettra de mieux définir les caractéristiques des jeunes ayant vécu une agression sexuelle et de mieux saisir les besoins des services et d'intervention.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Certains inconvénients et risques peuvent survenir lorsque tu compléteras des questionnaires. Un inconvénient possible serait de te rappeler des épisodes désagréables de ta vie familiale, sociale ou amoureuse. Dans le cas où l'entrevue fasse surgir des sentiments négatifs, ton intervenant.e sera avisé.e. Au besoin, tu peux également discuter de ce malaise avec ton intervenant.e.

De plus, à aucun moment il ne te sera demandé de décrire ce que tu as vécu. Il est également possible de faire une pause, selon tes besoins, ou de mettre un terme à la passation du questionnaire, si tu le désires. Le personnel de recherche est constitué de professionnel.les et d'étudiant.es formés.es au niveau universitaire dans le domaine de la recherche psychosociale. Ces personnes ont déjà mené des entrevues auprès des jeunes.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Pour éviter ton identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièvement confidentielle**, à moins d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse¹). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans les dossiers de services. Pour les formulaires d'information et de consentement et les questionnaires complétés en ligne, les données codées seront conservées sur un serveur sécurisé et privé qui est basé en Irlande (Qualtrics). L'accès aux données est donc soumise aux lois d'accès à l'information en vigueur en Irlande, lois similaires à celles en vigueur au Canada. Une copie des données sera conservée sur les serveurs de l'entreprise qui s'engage à conserver la confidentialité des données. Toutes les données recueillies sur les serveurs de Qualtrics seront effacées dès qu'elles auront été récupérées (copie PDF et transfert des données dans la banque de données). Cette récupération s'effectue habituellement une à deux semaines suivant la passation du questionnaire.

Seule l'équipe de recherche (chercheuses, professionnel.les et assistant.es de recherche) aura accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont tenues au respect de la confidentialité des informations consultées. Les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier clinique seront conservées sous clé dans les locaux de la

¹ Article 39. Toute personne qui a un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

chercheure responsable de ce volet (Martine Hébert, UQAM) et les seules personnes qui y auront accès sont celles de l'équipe de recherche. Ces documents seront détruits 7 ans après la fin du projet. Tu as droit à la confidentialité de tes réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec la figure parentale qui pourrait t'accompagner. Les comités d'éthique de la recherche (CER) concernés ainsi que l'organisme subventionnaire (FMV) pourront avoir accès aux données.

En plus de l'équipe de recherche impliquée dans ce projet, des étudiants.es de maîtrise et de doctorat (supervisé.es par les chercheurs) pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient être conservées dans une banque de données et être utilisées dans des études futures portant sur la trajectoire développementale des adolescent.es, ce qui ne permettrait d'aucune façon l'identification des participant.es. Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des travaux d'étudiant.es.

Pour terminer, des informations sommaires individualisées sous forme de tableaux et de graphiques seront remises à l'intervenant.e afin qu'il/elle puisse prendre connaissance de ton adaptation aux événements difficiles que tu as pu avoir vécus.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURES

En acceptant de participer à cette recherche, tu ne renonces à aucun de tes droits prévus par la loi. De plus, tu ne libères pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui te causerait préjudice/tort.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER ?

Non. La participation à cette recherche se fait sur une base volontaire. Tu es entièrement libre de participer ou non en partie ou en totalité aux différentes composantes du projet. Tu es libre de te retirer du projet à tout moment; alors toutes les données de recherche recueillies te concernant seront détruites (s.t.p. communiquer par téléphone ou par courriel avec la chercheure responsable de ce volet ou l'assistante aux services cliniques et de recherche). Sache que la décision de participer ou non, ou le retrait de ta participation à cette étude n'affectera en rien les services qui te sont offerts par la FMV.

POUR RÉPONDRE À TES QUESTIONS

Si tu as des questions concernant ce projet de recherche ou si tu veux retirer ta participation à ce projet de recherche, n'hésite pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous :

Martine Hébert, Ph.D.
Chercheure responsable de ce volet
Professeure titulaire au département de sexologie, UQAM

(514) 987-3000 poste 5697
hebert.m@uqam.ca

Mireille Cyr, Ph.D.
Professeure titulaire au département de psychologie, UdeM
Josée Thériault
Assistante aux services cliniques et de recherche

(514) 343-5968
mireille.cyr@umontreal.ca
(514) 285-0505
recherche-assistante@marie-vincent.org

Ce projet a été revu et approuvé par le *Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie* (CÉREP) de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le CÉREP par courriel à l'adresse cerep@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 1896 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* (CIEREH) de l'UQAM a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec le coordinateur du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse ciereh@uqam.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM, Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151.

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

TRAVAUX DE RECHERCHE DE LA CHAIRE INTERUNIVERSITAIRE MARIE-VINCENT SUR LES AGRESSIONS SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS (PHASE IV) / PROJET DE RECHERCHE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DE LA FONDATION MARIE-VINCENT
- VOLET AUPRÈS DES ADOLESCENT.ES VICTIMES D'AGGRESSION SEXUELLE (13 ANS)

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- J'ai lu le formulaire d'information et de consentement du projet de recherche ci-haut mentionné.
- J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence sur les services qui me sont offerts.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.

A. AUTORISATIONS D'ACCÈS À DES DOSSIERS D'USAGER

J'accepte que les données recueillies dans mon dossier de la trajectoire de tous les services reçus de la Fondation Marie-Vincent soient transmises à l'équipe de recherche pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche. Oui Non

J'autorise que les chercheurs de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent aient accès à mon dossier de l'usager du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ/DPJ). Oui Non
 NA

B. PARTICIPATION À LA RECHERCHE EN LIEN AVEC LES SERVICES CLINIQUES OFFERTS À LA FONDATION MARIE-VINCENT

J'accepte de compléter le questionnaire à deux reprises. Oui Non

J'accepte que des informations sommaires individualisées soient présentées sous forme de tableaux et de graphiques à mon intervenant.e. Oui Non

J'accepte que les données soient conservées dans une banque de données (fichier de traitement statistique) et soient utilisées pour des études futures. Ces données sont dénominalisées. Oui Non

Nom et prénom de l'adolescent.e (lettres moulées)

Consentement de l'adolescent.e (Signature)*

Date (jj/mm/aaaa)

Par mon consentement signé, je valide l'assentiment que mon adolescent.e a donné pour participer à cette recherche

Nom et prénom du parent/tuteur (lettres moulées)

Consentement du parent/tuteur (Signature)*

Date (jj/mm/aaaa)

Déclaration du/de la délégué.e de recherche

J'ai expliqué tous les aspects pertinents de la recherche (objectifs, nature, avantages, risques et autres dispositions) et répondre au meilleur de ma connaissance aux questions posées. J'ai également indiqué que la participation est libre et volontaire et qu'elle peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (lettres moulées)

Signature de la personne qui a obtenu le consentement

Date (jj/mm/aaaa)

Remettre une copie signée au participant.

Page 4 de 4

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4–18 and 1991 profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (2009). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM, et Rescorla LA (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adams, J., Mrug, S., et Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 86, 167-177.
<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2018.09.019>
- Afifi, T. O., et Macmillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(5), 266-272.
<https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Albarello, F., Crocetti, E., et Rubini, M. (2018). I and us: A longitudinal study on the interplay of personal and social identity in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 689-702.
<https://doi.org/10.1007/s10964-017-0791-4>
- Albert, D., Chein, J., et Steinberg, L. (2013). The teenage brain: Peer influences on adolescent decision making. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 114-120.
<https://doi.org/10.1177/0963721412471347>
- Allan, R. et Ungar, M. (2014). Resilience-building interventions with children, adolescents, and their families. Dans L. A. Jason et D. S. Glenwick (éds), *Community psychology and community mental health : Towards transformative change* (p. 447-462). Springer.
- Ashton, K., Davies, A. R., Hughes, K., Ford, K., Cotter-Roberts, A., et Bellis, M. A. (2021). Adult support during childhood: A retrospective study of trusted adult relationships, sources of personal adult support and their association with childhood resilience resources. *BMC Psychology*, 9(1), 101.
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00601-x>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Batchelder, A. W., Safran, S., Coleman, J. N., Boroughs, M. S., Thiim, A., Ironson, G., Shipherd, J. C., et O'Clearigh, C. (2021). Indirect effects from childhood sexual abuse severity to ptsd: The role of avoidance coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5476-NP5495.
<https://doi.org/10.1177/0886260518801030>

- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbridge, C., et Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology \times Sex \times Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409000418>
- Blanchard-Dallaire, C., et Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, and Program Innovations for Victims, Survivors, et Offenders*, 23(3), 326-344.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2014.888123>
- Bogar, C. B., et Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Briere, J., Hodges, M., et Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774.
<https://doi.org/10.1002/jts.20578>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Brown, L. S., et Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8(1), 15-32.
<https://doi.org/10.1002/cpp.274>
- Cameranesi, M., Theron, L., Höltge, J., Jefferies, P., et Ungar, M. (2022). Understanding the mechanisms through which family risk affects adolescent mental health: A model of multisystemic resilience in context. *Children*, 9(4), 546. <https://doi.org/10.3390/children9040546>
- Choi, J. Y., et Oh, K. J. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse and Neglect*, 38(2), 296-303. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2013.09.009>
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children – past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x>
- Cicchetti, D., et Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624>
- Cicchetti, D., et Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 797-815.
<https://doi.org/10.1017/s0954579497001442>

Collin-Vézina, D., et Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 47-52.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149218.76592.26>

Craig, S. L., Eaton, A. D., et Leung, V. W. Y. (2023). Capturing resilience: Utilizing the brief child and youth resilience measure with sexual and gender minority youth. *Social Work Research*, 47(2), 89-98. <https://doi.org/10.1093/swr/swad004>

Crick, N. R., Casas, J. F., et Ku, H.-C. (1999). Relational and physical forms of peer victimization in preschool. *Developmental Psychology*, 35(2), 376-385. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.376>

Crick, N. R., et Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710-722. <https://doi.org/10.2307/1131945>

Crnković, M., et Miljević-Ridički, R. (2020). Exploring relations between resilience, trauma and depression in children. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, 56(2), 45-60.
<https://doi.org/10.31299/hrri.56.2.3>

Crouch, E., Radcliff, E., Strompolis, M., et Sivastav, A. (2018). Safe, stable, and nurtured: Protective factors against poor physical and mental health outcomes following exposure to adverse childhood experiences (Aces). *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12(2), 165-173.
<https://doi.org/10.1007/s40653-018-0217-9>

Cyr, K., Clément, M.-È., et Chamberland, C. (2014). La victimisation, une norme dans la vie des jeunes au Québec ? *Criminologie*, 47(1), 17-40. <https://doi.org/10.7202/1024005ar>

Dahlberg, L. L., et Krug, E. G. (2002) Violence: A global public health problem. Dans Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. et Lozano, R., (Dir.). World Report on Violence and Health. *World Health Organization*, (pp.1-21).

Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P., et Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the child and youth resilience measure (CYRM-28) among samples of french canadian youth. *Child Abuse et Neglect*, 37(2-3), 160-171. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2012.06.004>

Daigneault, I. V., et Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. [The school adapatation of sexually abused children.]. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 45(4), 293-307. <https://doi.org/10.1037/h0087000>

De Leeuw, J. S. H., et Malcolm-Smith, S. (2023). Investigating protective factors that boost resilience in children from low- and middle-income countries: A scoping review. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 18(3), 467-500. <https://doi.org/10.1080/17450128.2023.2224121>

Dierkhising, C. B., Ford, J. D., Branson, C., Grasso, D. J. et Lee, R. (2019). Developmental timing of polyvictimization : Continuity, change, and association with adverse outcomes in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 87, 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2018.07.022>

- Dolan, E., Cosgrave, C., Killackey, E. et Allott, K. (2023). Foundations of support : Processes associated with adolescents supporting a peer who experienced a traumatic event. *The Australian Journal of Rural Health*. <https://doi.org/10.1111/ajr.13015>
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., et Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse, 16*(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., et Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 56*, 65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., et Fonagy, P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry, 90*(1), 115-124. <https://doi.org/10.1037/ort0000407>
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., et Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37*(9), 664-674. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2013.03.013>
- Finkelhor, D., et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *The American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., et Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics, 167*(7), 614-621. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.42>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2006.06.008>
- Fredrick, S. S., Demaray, M. K., Malecki, C. K., et Dorio, N. B. (2018). Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools, 55*(5), 490-505. <https://doi.org/10.1002/pits.22125>
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., et Blais, M. (2022). Child sexual abuse, self-esteem, and delinquent behaviors during adolescence: The moderating role of gender. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(15-16), NP12725-NP12744. <https://doi.org/10.1177/08862605211001466>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec, Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000630/>
- Hamby, S., Taylor, E., Mitchell, K., Jones, L. et Newlin, C. (2020). Poly-victimization, trauma, and resilience : Exploring strengths that promote thriving after adversity. *Journal of Trauma & Dissociation, 21*(3), 376-395. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1719261>

- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford publications.
- Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., et Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of quebec high school students: Prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 64(12), 846-854. <https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
- Hébert, M., Amédée, L. M., Théorêt, V., & Petit, M.-P. (2022). Diversity of adaptation profiles in youth victims of child sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(S1), S41-S49. <https://doi.org/10.1037/tra0001090>
- Hébert, M., Boisjoli, C., Blais, M., et Oussaïd, E. (2018). Alexithymia as a mediator of the relationship between child sexual abuse and psychological distress in adolescence: A short-term longitudinal study. *Psychiatry Research*, 260, 468-472. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.022>
- Hébert, M. et Cyr, M. (2010). Adaptation française du History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, et Boudreau, 1987). Document inédit. Montréal, QC: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Lavoie, F., et Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: Resilience and social support as protection factors. *Ciência e Saide Coletiva*, 19(3), 685-694. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013>
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., et Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9026-2>
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., et Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(1), 38-49. <https://doi.org/10.1177/1524838010386812>
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2013.04.001>
- Hofmann, V. et Müller, C. (2018). Avoiding antisocial behavior among adolescents : The positive influence of classmates' prosocial behavior. *Journal of Adolescence*, 68, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.07.013>
- Holtge, J., Theron, L., Cowden, R. G., Govender, K., Maximo, S. I., Carranza, J. S., Kapoor, B., Tomar, A., van Rensburg, A., Lu, S., Hu, H., Cavioni, V., Agliati, A., Graziani, I., Smedema, Y., Kaur, G., Hurlington, K. G., Sanders, J., Munford, R., ... Ungar, M. (2021). A cross-country network analysis of adolescent resilience. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 580-588. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.010>

- Hopkins, K. D., Taylor, C. L., et Zubrick, S. R. (2018). Psychosocial resilience and vulnerability in Western Australian Aboriginal youth. *Child Abuse & Neglect*, 78, 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2017.11.014>
- Horan, J. M., et Widom, C. S. (2015). Cumulative childhood risk and adult functioning in abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 27(3), 927-941. <https://doi.org/10.1017/S095457941400090X>
- Jean-Thorn, A., Tremblay-Perreault, A., Dubé, V., et Hébert, M. (2022). A systematic review of community-level protective factors in children exposed to maltreatment. *Trauma, Violence, and Abuse*, 152483802211172. <https://doi.org/10.1177/15248380221117234>
- Khambati, N., Mahedy, L., Heron, J., et Emond, A. (2018). Educational and emotional health outcomes in adolescence following maltreatment in early childhood: A population-based study of protective factors. *Child Abuse & Neglect*, 81, 343-353. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2018.05.008>
- Kovensky, R., Anderson, D., et Leve, L. D. (2020). Early adversity and sexual risk in adolescence: Externalizing behaviors as a mediator. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(2), 173-184. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00278-w>
- Lalor, K., et McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 159-177. <https://doi.org/10.1177/1524838010378299>
- Lansford, J. E., Malone, P. S., Stevens, K. I., Dodge, K. A., Bates, J. E., et Pettit, G. S. (2006). Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviors: Factors underlying resilience in physically abused children. *Development & psychopathology*, 18(1), 35-55. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060032>
- Layne, C. M., Briggs, E. C., et Courois, C. (2014). Introduction to the special section: Using the Trauma History Profile to unpack risk factor caravans and their consequences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, S1–S8. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037768>
- Levine, D. T., Theron, L., Haffejee, S., et Ungar, M. (2024). Resilience to depression among emerging adults in south africa: Insights from digital diaries. *Emerging Adulthood*, 12(5), 694-709. <https://doi.org/10.1177/21676968241273319>
- Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., et Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 51, 31-40. doi: 10.1016/j.chabu.2015.11.016
- Libório, R. M. C. et Ungar, M. (2010). Children's perspectives on their economic activity as a pathway to resilience. *Children & Society*, 24(4), 326-338. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2009.00284.x>

- Liebenberg, L., Ungar, M., et Van de Vijver, F. (2012). Validation of the child and youth resilience measure-28 (CYRM-28) among canadian youth. *Research on Social Work Practice*, 22(2), 219-226. <https://doi.org/10.1177/1049731511428619>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>
- Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., et Harrop, C. (2014). Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17-34. <https://doi.org/10.1002/car.2258>
- Martinez-Torteya, C., Miller-Graff, L. E., Howell, K. H., et Figge, C. (2017). Profiles of adaptation among child victims of suspected maltreatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child & Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(6), 840-847. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1072822>
- Mathews, B., et Collin-Vézina, D. (2017). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., et Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 521-549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Masten, A. S., et Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. De J. W. Reich, A. J. Zautra, et J. S. Hall (ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213–237). The Guilford Press.
- Mc Elroy, S., et Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2013.07.017>
- Mc Lean, C. P., Morris, S. H., Conklin, P., Jayawickreme, N., et Foa, E. B. (2014). Trauma characteristics and posttraumatic stress disorder among adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 29(5), 559-566. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9613-6>
- Miller, L., Butera, N. M., Ellsberg, M. et Baird, S. (2023). Polyvictimization and adolescent health and well-being in Ethiopia : The mediating role of resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(18), 6755. <https://doi.org/10.3390/ijerph20186755>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>

- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A. et Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment : A systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1), 1164. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Moreland, A. D., Walsh, K., Hartley, C., Hanson, R., Danielson, C. K., Saunders, B., et Kilpatrick, D. G. (2018). Investigating longitudinal associations between sexual assault, substance use, and delinquency among female adolescents: Results from a nationally representative sample. *The Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(3), 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.04.002>
- Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., et Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (Bces) scale. *Child Abuse & Neglect*, 78, 19-30. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2017.09.022>
- Pérez-González, A., Guilera, G., Pereda, N., et Jarne, A. (2017). Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 72, 393-403. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2017.09.006>
- Phasha, T. N. (2010). Educational resilience among african survivors of child sexual abuse in south africa. *Journal of Black Studies*, 40(6), 1234-1253. <https://doi.org/10.1177/0021934708327693>
- Putnam, K. T., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 435-442. <https://doi.org/10.1002/jts.21833>
- Russell, D. E. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 133-146. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90065-0)
- Schwartz-Mette, R. et Lawrence, H. (2019). Peer socialization of non-suicidal self-injury in adolescents' close friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1851-1862. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00569-8>
- Shahidi, M., Ungar, M., Wedyaswari, M., et Shojaee, M. (2024). The role of resilience as a mediating factor between adverse childhood experience and mental health in adolescents receiving child welfare services in nova scotia. *Child & Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-024-00979-8>
- Somefun, O., Theron, L., et Ungar, M. (2023). The association between family adversity and youth mental health outcomes. *Journal of Adolescence*, 95(7), 1333-1347. <https://doi.org/10.1002/jad.12205>
- Southwick, S. M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C., et Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(11), 1-14. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). Global

perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

Theron, L., Rothmann, S., Höltge, J., et Ungar, M. (2022). Differential adaptation to adversity: A latent profile analysis of youth engagement with resilience-enabling cultural resources and mental health outcomes in a stressed Canadian and South African community. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(3-4), 403-425. <https://doi.org/10.1177/0022022122107735>

Theron, L., et Theron, A. (2010). A critical review of studies of South African youth resilience, 1990-2008. *South African Journal of Science*, 106(7/8), 8 pages-8 pages. <https://sajs.co.za/article/view/10125>

Turner, H. A., Finkelhor, D., et Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>

Underwood, M. K. (2003). *Social aggression among girls*. The Guilford Press.

Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>

Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>

Ungar, M. (éd.). (2012). *The social ecology of resilience : A handbook of theory and practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3>

Ungar, M., Ghazinour, M., et Richter, J. (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development?: Resilience in the social ecology of human development. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(4), 348-366. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12025>

Ungar, M., et Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 126-149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>

Ungar, M., et Theron, L. (2020). Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet. Psychiatry*, 7(5), 441-448. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1)

VanMeter, F., Handley, E. D., et Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104323. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2019.104323>

Villodas, M. T., Morelli, N. M., Hong, K., Duong, J., Evans, M. C., Elson, D., Rose, E., Picci, G., et Fishbein, D. (2021). Differences in late adolescent psychopathology among youth with histories

of co-occurring abuse and neglect experiences. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105189.
<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2021.105189>

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., Chang, S. M., Hamadani, J. D., Lozoff, B., Gardner, J. M. M., Powell, C. A., Rahman, A., et Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet (London, England)*, 378(9799), 1325-1338.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)

Wamser-Nanney, R., et Campbell, C. L. (2020). Childhood sexual abuse characteristics, abuse stress, and PTSS: Ties to sexual behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 105, 104290.
<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2019.104290>

Wolfe, V. V., Gentile, C., et Bourdeau, P. (1987). History of victimization form. *Unpublished assessment instrument. London, Ontario: London Health Science Centre*.

Wyss, C. A., Voelker, S. L., Cornock, B. L. et Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(1), 67-71. <https://doi.org/10.1037/h0087189>

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., et Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>

Yearwood, K., Vliegen, N., Chau, C., Corveleyn, J. et Luyten, P. (2019). When do peers matter ? The moderating role of peer support in the relationship between environmental adversity, complex trauma, and adolescent psychopathology in socially disadvantaged adolescents. *Journal of Adolescence*, 72, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.02.001>

Yoon, S., Maguire-Jack, K., Knox, J., et Ploss, A. (2021). Socio-ecological predictors of resilience development over time among youth with a history of maltreatment. *Child Maltreatment*, 26(2), 162-171. <https://doi.org/10.1177/1077559520981151>

Zahradnik, M., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Stevens, D., Ungar, M., et Wekerle, C. (2010). Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 8(2), 408-420. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9228-y>

Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., et Miller, A. (2013). Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child development perspectives*, 7(4), 10.1111/cdep.12042. <https://doi.org/10.1111/cdep.12042>