

Traumatismes et Covid-19. Analyse d'une population fragilisée fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle

Auteur : Beguin, Clara

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et des organisations

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13412>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



2020 - 2021

Université de Liège

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Service de psychotraumatisme et psychologie légale

Traumatismes et Covid-19 : Analyse d'une population fragilisée fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle

Promotrice :

Adélaïde Blavier

Lecteurs/trices :

Guy Finne

Fanny Wansard

Mémoire de fin d'études présenté par **Clara BEGUIN**,
en vue de l'obtention du grade de Master en sciences psychologiques à finalité spécialisée en
psychologie sociale, du travail et des organisations.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	- 1 -
INTRODUCTION	- 3 -
REVUE DE LA LITTÉRATURE	- 9 -
1. Traumatismes psychiques.....	- 9 -
1.1. Le traumatisme	- 9 -
1.2. Les différents types de traumatismes	- 12 -
2. Épidémies et stress post-traumatique	- 16 -
2.1. Impact du confinement sur la détresse péri-traumatique	- 16 -
2.2. Covid-19 et difficultés psychologiques	- 19 -
3. Marché de l'emploi et Covid-19	- 21 -
3.1. État des lieux général	- 21 -
3.2. État des lieux en Belgique	- 21 -
4. Centres de réadaptation fonctionnelle	- 29 -
4.1. Origines	- 29 -
4.2. Définitions	- 29 -
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	- 33 -
HYPOTHÈSES.....	- 35 -
MÉTHODOLOGIE.....	- 37 -
1. Recrutement	- 37 -
1.1. CRF.....	- 37 -
1.2. Populations.....	- 39 -
2. Outils d'analyse.....	- 40 -
2.1. Questionnaire sociodémographique.....	- 40 -
2.2. Peritraumatic Distress Inventory – PDI (Brunet et al., 2001)	- 40 -
2.3. Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003)	- 41 -
2.4. Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité à les Surmonter - OITES (Corbière et al., 2002)	- 41 -

2.5.	Questionnaire de motivation à l'emploi	- 42 -
3.	Déroulement de l'étude	- 42 -
3.1.	Recrutement	- 42 -
4.	Considérations éthiques	- 44 -
ANALYSE DES DONNÉES ET RÉSULTATS.....		- 45 -
1.	Échantillon	- 45 -
1.1.	Données sociodémographiques	- 45 -
2.	Statistiques descriptives	- 46 -
2.1.	Effectif total.....	- 46 -
2.2.	Groupe étudié	- 47 -
2.3.	Groupe contrôle	- 49 -
2.4.	Test de normalité	- 51 -
3.	Résultats	- 52 -
3.1.	Difficultés psychologiques et traumatismes	- 52 -
3.2.	Résilience et détresse péri-traumatique	- 53 -
3.3.	Détresse péri-traumatique et insertion professionnelle.....	- 54 -
3.4.	Effets des différentes variables sociodémographiques sur la détresse péri-traumatique.....	- 58 -
DISCUSSION		- 61 -
1.	Première hypothèse : détresse péri-traumatique et population fragilisée	- 61 -
2.	Deuxième hypothèse : Effet de la résilience sur la détresse péri-traumatique.	- 63 -
3.	Troisième hypothèse : Influence de la détresse péri-traumatique sur l'(a) (ré)insertion professionnelle	- 65 -
3.1.	OITES	- 65 -
3.2.	Motivation.....	- 66 -
4.	Quatrième hypothèse : Influence des variables sociodémographiques sur la détresse péri-traumatique.....	- 67 -
4.1.	Le genre	- 67 -
4.2.	Niveau d'éducation	- 68 -
4.3.	Logement	- 69 -
4.4.	Âge	- 69 -
5.	Forces et limites	- 71 -
5.1.	Forces	- 71 -
5.2.	Limites	- 72 -

6. Perspectives.....	- 72 -
<i>CONCLUSION</i>	- 75 -
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	- 77 -

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Statistiques descriptives - PDI (Effectif total)	- 46 -
Tableau 2 : Statistiques descriptives - OITES (Effectif total)	- 46 -
Tableau 3 : Statistiques descriptives - Motivation (Effectif total)	- 47 -
Tableau 4 : Statistiques descriptives - CD-RISC (Effectif total)	- 47 -
Tableau 5 : Statistiques descriptives - PDI (Groupe étudié)	- 47 -
Tableau 6 : Statistiques descriptives - OITES (Groupe étudié)	- 48 -
Tableau 7 : Statistiques descriptives - Motivation (Groupe étudié)	- 48 -
Tableau 8 : Statistiques descriptives - CD-RISC (Groupe étudié)	- 48 -
Tableau 9 : Statistiques descriptives - PDI (Groupe contrôle)	- 49 -
Tableau 10 : Statistiques descriptives - OITES (Groupe contrôle)	- 49 -
Tableau 11 : Statistiques descriptives - Motivation (Groupe contrôle)	- 50 -
Tableau 12 : Statistiques descriptives - CD-RISC (Groupe contrôle)	- 50 -
Tableau 13 : Test de normalité	- 51 -
Tableau 14 : Test U de Mann-Whitney – PDI et CRF	- 52 -
Tableau 15 : Régression linéaire - CD-RISC et PDI	- 53 -
Tableau 16 : Régression linéaire - OITES et PDI	- 55 -
Tableau 17 : Corrélation de Spearman - OITES et PDI	- 55 -
Tableau 18 : Régression linéaire - PDI et motivation	- 56 -
Tableau 19 : Régression linéaire - OITES et motivation	- 57 -
Tableau 20 : Test U de Mann-Whitney - PDI et genre	- 58 -
Tableau 21 : Test de Kruskal-Wallis - PDI et niveau d'éducation	- 58 -
Tableau 22 : Test de Kruskal-Wallis - PDI et type de logement	- 59 -
Tableau 23 : Test de Kruskal-Wallis - PDI et statut social	- 59 -

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais exprimer ma reconnaissance à l'égard de chaque personne ayant participé, de près ou de loin, à la bonne réalisation de ce mémoire.

Il convient, en premier lieu, de remercier Madame Adélaïde Blavier, promotrice de ce mémoire, pour son intérêt, son suivi et surtout sa confiance. Je tiens également à remercier ses assistantes : Laura Jadot et Juliette Destine pour leur disponibilité, leur supervision et leurs nombreux conseils.

De plus, ce mémoire n'aurait pu être réalisé sans la collaboration des centres de réadaptation fonctionnelle ainsi que de l'entreprise Daoust. Je tiens, dès lors, à remercier sincèrement les directeurs des centres ainsi que Madame Sarah Herroudi, job coach chez Daoust. Je leur suis reconnaissante pour leur accueil, leur confiance et le temps qu'ils/elles m'ont accordé. C'est grâce à eux/elles que j'ai pu mener à bien cette recherche. Je tiens également à remercier tous les participants ayant accepté de prendre part à ce projet.

Merci à mes deux lecteurs, Madame Wansard Fanny et Monsieur Finne Guy, pour l'intérêt porté à cette recherche.

Finalement, j'aimerais adresser mes remerciements à mes proches et, en particulier, à mes parents, ma sœur, mon frère, Sophie, ainsi que mes ami(e)s pour leur soutien inconditionnel et leurs conseils avisés tout au long de la réalisation de ce mémoire mais également durant mon parcours universitaire.

INTRODUCTION

Le 31 décembre 2019, jour de la Saint-Sylvestre, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) reçoit une première alerte des autorités chinoises de l'émergence de plusieurs cas de pneumonie d'origine inconnue dans la métropole de Wuhan. Peu de temps après, celles-ci identifient le virus comme étant un nouveau coronavirus. Fin janvier 2020, au vu de l'augmentation du taux de contamination, la métropole de Wuhan qui compte plus de dix millions d'habitants est confinée. Les trains et avions ne circulent plus au départ de la ville, les autoroutes sont bloquées et nul ne peut ni entrer ni sortir de la métropole. En quelques semaines, Wuhan est devenue une ville fantôme.

En Europe, c'est durant le mois de février 2020 que les premiers cas sont détectés. Plus particulièrement en Belgique, ce n'est qu'à partir de début mars 2020, que nous identifions notre deuxième cas d'infection au nouveau coronavirus. À partir de là, le taux d'infectés ne cesse d'augmenter obligeant ainsi le gouvernement à prendre des mesures drastiques.

Le 10 mars 2020, l'Italie se confîne, près de soixante millions d'Italiens sont priés de rester chez eux. C'est le tout premier pays qui applique une telle mesure. En Belgique, le Gouvernement wallon annonce l'interdiction de visite aux pensionnaires des maisons de repos. Ceux-ci sont également assignés à résidence et voient leurs possibilités de sortie restreintes. Les plus de 65 ans sont, en effet, les plus touchés par la maladie. Cette date marque également le premier décès dû au coronavirus en Belgique.

Le 11 mars 2020, l'OMS qualifie le Covid-19 de pandémie et invite les gouvernants à prendre des mesures strictes afin de contrer la maladie. Le lendemain, la Belgique annonce que, jusqu'au 3 avril minimum, tous les cours seront suspendus, le secteur de l'Horeca fermé et les activités récréatives annulées.

Un peu moins d'une semaine plus tard, peu de temps après la France, la Belgique passe en confinement strict. Ne sont autorisés que les déplacements essentiels, à savoir faire les courses d'alimentation ou aller à la pharmacie ainsi que se rendre au travail (uniquement sur autorisation et si le télétravail n'est pas possible). La bulle sociale s'arrête à son foyer, des mesures de distanciations sociales sont prises et le télétravail est rendu obligatoire.

Fin mars, plusieurs grandes nations instaurent également un confinement strict comme les États-Unis ou encore le Royaume-Uni.

L'humain se retrouve donc face à une situation inédite. En effet, depuis près d'un demi-siècle, le monde n'a pas affronté une telle pandémie, plongeant ainsi, la population dans un climat anxiogène et solitaire.

Ce n'est que le 7 avril 2020, que la population belge a une lueur d'espoir voyant la première diminution du nombre d'hospitalisations. Ce même jour, les autorités chinoises annoncent la fin du confinement pour la métropole de Wuhan après plus de deux mois de quarantaine.

Cependant, l'espoir est de courte durée car, vers la mi-avril, on compte d'ores et déjà plus de 3000 décès en Belgique. La première ministre Sophie Wilmès décide alors de prolonger le confinement jusqu'au 3 mai. Les événements estivaux s'annulent les uns après les autres annonçant de nombreuses restrictions.

Fin avril 2020, le déconfinement belge se dessine. Le gouvernement réfléchit à de nouvelles règles afin d'assouplir celles déjà mises en place. À partir du 4 mai, plusieurs nouvelles règles sont établies comme le port du masque dans les transports en commun. La distanciation sociale (1m50 entre les personnes), la limitation des contacts ainsi que les gestes barrières sont toujours d'actualité.

Ce 4 mai également, les industries, merceries ainsi que les entreprises ne possédant pas de contacts clients peuvent rouvrir. De plus, certaines activités physiques peuvent reprendre pour autant qu'elles se déroulent en extérieur, sans contact et avec deux personnes maximum en plus de celles vivant sous le même toit et qui doivent toujours être les mêmes. Les cafétérias, douches et vestiaires doivent rester fermés. Il s'agit de la phase 1A du déconfinement.

La phase 1B débute le 11 mai et permet, alors, à tous les magasins de rouvrir sous certaines conditions. De plus, les citoyens peuvent accueillir jusqu'à 4 personnes dans leur foyer. Ils peuvent enfin jouir de contacts sociaux. Les coiffeurs, les écoles ainsi que l'Horeca, eux, n'ont toujours pas de perspective.

Ce n'est qu'en phase 2, à partir du 18 mai 2020, que les écoles reprennent progressivement en présentiel. Cependant, ces mesures ne concernent que les primaires et secondaires. Le port du masque est obligatoire tant pour les élèves que les membres du personnel. Les cours de maternelles sont, quant à eux, toujours suspendus jusqu'à la fin mai.

Finalement, en phase 3, le 8 juin 2020, l'Horeca rouvre ses portes au public avec obligation de fermeture à 1h du matin. La bulle sociale est élargie à 10 personnes différentes par semaine permettant ainsi aux Belges de plus ou moins retrouver une vie normale.

De plus, à partir du 15 juin 2020, les frontières belges sont rouvertes vers et au départ de l'espace Schengen.

Dès le 1^{er} juillet 2020, nous entrons en phase 4 du déconfinement. Celle-ci se caractérise par la réouverture des piscines, cinémas, centres de wellness, parcs d'attractions, théâtres, casinos, salles de jeux de hasard, salles de fêtes et de réceptions. La bulle sociale passe également de 10 à 15 personnes et finalement, il est à présent possible de se rendre au magasin avec plusieurs personnes de sa bulle.

À partir du 11 juillet 2020, le port du masque à l'intérieur est obligatoire.

Concernant les retours de vacances et, afin de limiter toute deuxième vague, les autorités belges annoncent une quarantaine obligatoire à partir du 15 juillet pour toute personne qui revient d'une zone rouge.

Cependant, les règles mises en place ne suffisent plus, les contaminations sont à nouveau fortement en hausse fin juillet. Les autorités décident alors de reporter la phase 5 et d'obliger le port du masque dans tout endroit à forte fréquentation, qu'il soit public ou privé. Les voyages en zone rouge sont, au surplus, interdits. La bulle sociale se voit à nouveau réduite, passant de 15 à 5 personnes et ce, pour le foyer. De plus, il est à nouveau recommandé de faire ses courses seul. Ces nouvelles règles seront d'application jusqu'à la fin du mois de septembre.

La population belge passe un été inédit en raison des multiples contraintes imposées. En outre, on sent que la crainte d'une deuxième vague est présente dans tous les esprits. Elle se vérifiera !

En septembre, bien qu'une lueur d'espoir apparaisse avec l'invention du vaccin, l'étau se resserre car les contaminations augmentent. On observe, encore une fois, un durcissement des mesures. Le couvre-feu passe d'1 h du matin à 23 heures et la bulle sociale est réduite à 3 personnes. Cependant, les cours ont repris en présentiel pour la majorité des élèves.

Durant le mois d'octobre, la situation sanitaire se dégrade encore. L'Horeca referme pour un mois. L'université passe en code orange entraînant un retour au virtuel à 80 %. Le couvre-feu est à nouveau modifié. Il n'est maintenant plus possible de sortir entre 22h et 6h du matin. Les salles sportives, culturelles ainsi que les parcs d'attractions doivent à nouveau fermer. De plus,

les secondaires passent également en distanciel et les commerces non essentiels ferment une énième fois leurs portes. Les contacts sont limités à une personne à domicile.

En novembre, le pic d'admission en soins intensifs est atteint, la population ne voit pas le bout du tunnel et cela devient lourd. Cependant, une information met du baume au cœur car la firme Pfizer a créé un vaccin efficace à 99% et celui-ci devrait arriver en Belgique début 2021.

Début décembre, les commerces non essentiels peuvent rouvrir. Les métiers de contacts et l'Horeca sont, quant à eux, toujours sans perspective. Le citoyen belge passe le réveillon de Noël dans des conditions anxieuses, la bulle sociale n'est pas augmentée. De plus, le couvre-feu est prolongé jusqu'au 1^{er} mars 2021.

Quoiqu'officiellement, la campagne de vaccination ne débutera que le 05 janvier 2021, dès la fin décembre 2020, la vaccination commence dans les maisons de repos. L'objectif est de vacciner 70 % de la population belge.

Jusqu'au 1^{er} mars 2021, les mesures sont prolongées et les voyages non essentiels sont interdits. Seule exception, les coiffeurs peuvent rouvrir dès le 13 février.

Durant le mois de mars et, voyant que la vaccination suit son cours, plusieurs assouplissements sont mis en vigueur. Les métiers de contacts peuvent rouvrir, le couvre-feu est élargi à 00h. Fin du mois, certains élèves du secondaire reprennent les cours en 100 % présentiel. Cependant, la troisième vague se dessine et la Belgique connaît un nouveau tour de vis.

Le Gouvernement profite des vacances de Pâques pour prolonger la fermeture des écoles d'une semaine afin de limiter la propagation du virus dans les classes. Les métiers de contacts sont à nouveau fermés et les commerces non essentiels doivent fonctionner sur rendez-vous.

Après ces trois semaines de semi-confinement qui casse la troisième vague, l'école reprend dès le 19 avril. Cependant, à partir de la 3^{ème} secondaire, cette reprise se déroule en hybride. Les voyages non essentiels ne sont plus interdits mais déconseillés et les commerces non essentiels ainsi que les métiers de contacts peuvent rouvrir dès le 26 avril 2021.

L'Horeca peut également, sous certaines conditions, faire son retour dès le 8 mai. En effet, seules les terrasses des établissements sont accessibles et ce, jusque 22 h.

Enfin, dès le 9 juin, grâce au bon déroulement de la campagne de vaccination, de nouveaux assouplissements voient le jour. L'Horeca peut également rouvrir l'intérieur et ce, jusque 23h30. Les événements culturels et sportifs sont, à nouveau, autorisés sous certaines conditions.

Les participants doivent avoir le certificat Covid européen, il en va de même pour les voyages. La bulle sociale est également étendue à 4 personnes. Par ailleurs, dans certaines régions, le masque n'est plus obligatoire en rue.

Au début de l'été, la bulle sociale passe à 8 personnes, le couvre-feu est étendu à 1h du matin, le télétravail n'est plus obligatoire et il n'y a plus de restrictions pour faire son shopping. Seul le masque reste obligatoire à l'intérieur.

Actuellement, la situation évolue toujours positivement. Le quotidien des uns et des autres tend à revenir vers la normale. Cependant, ces longs mois rythmés par de nombreuses restrictions et interdictions laissent derrière eux un goût amer tant au niveau psychologique qu'économique.

En effet, une pandémie est un événement traumatogène que l'on soit directement concerné ou plus distancié : elle nous confronte directement à la mort ou, du moins, à une menace de mort. Ce type d'évènement peut générer une forte charge émotionnelle qui peut avoir de nombreuses répercussions sur le plan psychologique. Selon Johanna Rozenblum (2020), « *La quarantaine est une expérience potentiellement traumatisante pour certains et une première dans l'histoire de la nation. Comme tout trauma, les symptômes peuvent se manifester à distance, soit des mois ou des années plus tard sous forme de flashbacks, d'attaques de panique, d'état pathologique d'alerte ou de vigilance* ».

De plus, les études sur l'impact psychologique des confinements réalisées dans le cadre des pandémies apparues lors des 20 dernières années montrent qu'environ un tiers de la population ayant subi un confinement présente des symptômes de stress post-traumatique et de dépression.

L'objectif de cette étude est donc d'analyser l'impact de ces règles sanitaires et ce, sur une population fragilisée qui fréquente les centres de réadaptation fonctionnelle. Celle-ci englobe des sujets souffrant de diverses problématiques de santé mentale.

Selon Pierre Schepens (2020), psychiatre, l'année 2020 a été placée sous le signe de l'anxiété et du stress et ce, particulièrement pour les personnes qui souffraient déjà d'une problématique de la santé mentale. Effectivement, celles-ci se sont retrouvées, du jour au lendemain, seules face à leur maladie. Elles ne pouvaient plus se rendre chez leur psychiatre et/ou psychologue et, les centres d'accueil étant fermés, devaient parfois affronter cette situation dans la solitude.

De plus, selon une étude réalisée sur la population de Séoul (Yoon, You, Shon, 2021), le fait de souffrir d'une maladie mentale serait significativement lié à une détresse péri-traumatique plus importante.

Ces personnes, historiquement opprimées et délaissées (Petersilia, 2001) par le reste de la population, méritent d’être aujourd’hui, reconnues. En effet, selon Adrews et al. (2019), celles-ci n’expriment que très rarement leurs ressentis.

Pour ce faire, plusieurs questionnaires leur seront proposés. D’une part, nous analyserons leur taux de détresse péri-traumatique ainsi que leur taux de résilience. D’autre part, ces personnes s’inscrivant dans une démarche d’(ré)insertion professionnelle, nous tenterons également d’examiner si l’impact traumatique du confinement modifie la perception des obstacles liés à leur (ré)insertion ainsi que leur motivation.

Dans la revue de la littérature, dans un premier temps, nous étudierons la notion de traumatisme psychique et les différents types de traumatismes. Ensuite, nous présenterons différentes études mettant en lumière l’impact traumatique du confinement sur différentes populations. Finalement, nous présenterons un bref état des lieux du marché de l’emploi et des implications de la crise.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Traumatismes psychiques

1.1. Le traumatisme

1.1.1. *Historique*

Le traumatisme a été conceptualisé il y a longtemps. Cependant, ce n'est que depuis moins d'un siècle que l'intérêt qu'on lui porte est d'ordre psychologique. Ce concept a longuement varié à travers les âges et les contextes (sociaux, historiques, médiatiques, politiques, culturels, etc.).

L'étude du psycho-traumatisme s'est répandue à la fin du XIX^{ème} siècle et ce, grâce à la révolution industrielle. Avant celle-ci, le terme « victime » n'était que très peu, voire pas du tout, utilisé. Son utilisation a débuté avec l'étude des victimes des accidents de chemin de fer. Les chercheurs se sont rendu compte que certains individus développaient des troubles psychologiques et ce, même sans avoir subi de blessures physiques. À ce moment-là, plusieurs questions étiologiques ont vu le jour.

Plusieurs scientifiques ont donc commencé à étudier les populations soumises aux événements traumatiques afin de tenter de répondre à ces questions.

Considérons notamment les études de Hermann Oppenheim (1858-1919). Ce dernier a introduit le concept de névrose traumatique. Concrètement, sa théorie stipule que les symptômes traumatiques résulteraient de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Cette théorie a été complètement rejetée en 1916 par divers psychiatres. Ceux-ci prônent plutôt que l'apparition de symptômes traumatiques serait due à des perturbations émotionnelles. Considérons ici les travaux de Charles Samuel Myers (1873-1946). Pour construire cette théorie, il s'est intéressé aux soldats victimes de traumatismes sans pour autant avoir été exposés aux tirs.

D'autres théories plus psychanalytiques ont également émergé, celle de Charcot (1885) notamment qui parle de névroses traumatiques. Il insiste sur le fait que l'état dissociatif serait

à l'origine du traumatisme. La dissociation est un important mécanisme de défense ainsi qu'une des protections les plus fortes mises en place lors de moments dits graves. Cette vision étiologique du traumatisme est similaire à ce que l'on pense aujourd'hui. Actuellement, la dissociation est d'ailleurs reconnue comme facteur de risque d'un trouble de stress post-traumatique.

Autre grande avancée en 1980 : la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) qui introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé « Post-Traumatic Stress Disorder » (Josse, 2007 ; Van Rillaer, 2011). Cette catégorie, le « PTSD », englobe les 3 différents syndromes traumatiques identifiés jusque-là comme le « syndrome des vétérans », « le syndrome traumatique du viol » et « le syndrome des femmes battues ». Cette apparition dans le DSM a donné au traumatisme un statut que l'on pourrait qualifier d'officiel, il a été peu à peu reconnu partout dans le monde, les recherches à ce sujet sont devenues de plus en plus nombreuses et une presse scientifique spécialisée dans le traumatisme s'est développée (Kédia, 2008 ; Legibot, 2009).

À ce jour, les différents courants psychologiques se sont, tous, intéressés aux psycho-traumatismes et continuent de les étudier. Leurs définitions se complètent et se stimulent.

1.1.2. Définition

Le mot « traumatisme », provient du mot grec « trauma » qui signifie « blessure ». Selon Crocq (2007), un psychiatre militaire français, le traumatisme psychique se définit comme suit : « *La transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives.* ».

Le traumatisme est donc un choc psychique important. C'est un phénomène contingent à la suite d'un événement traumatique comme : la confrontation avec la mort, les menaces de mort, de graves blessures, des violences sexuelles ou les risques de subir de telles agressions. Selon Freud (1920), le traumatisme se définit comme « *toute excitation externe assez forte pour faire effraction dans la vie psychique du sujet* ». Il insiste sur le fait que l'excitation est tellement forte qu'elle ne peut être ni assimilée ni supprimée normalement laissant ainsi place à des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie (Freud, 1917).

Il est important d'insister sur le fait que le traumatisme n'est pas l'évènement. Le traumatisme est une conséquence potentielle d'un évènement. Le traumatisme varie par sa temporalité. D'une part, il peut être soit immédiat soit post-immédiat. En effet, il peut survenir jusqu'à une semaine après l'évènement (Blavier, 2020). D'autre part, il peut être aigu, c'est-à-dire temporaire ou chronique mais il peut également se transformer en trouble de stress post-traumatique (décrit ci-dessous).

1.1.3. *L'évènement traumatique*

Selon Legibot (2009, p. 202), un évènement traumatique est une « *rencontre avec le réel de la mort* ». Cette image de la mort va faire effraction dans notre psychisme sans être transformée par des représentations. Cette image, chargée d'une grosse quantité d'énergie, va entraîner d'importants troubles du fonctionnement psychique. « *L'évènement traumatique constitue donc une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique et/ou mentale d'une personne ou d'un groupe de personnes. Cet évènement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte et remet en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, le respect de la vie, la paix, la morale, la solidarité, etc.* » (Josse, 2014, p.49).

Il existe plusieurs sortes d'évènements traumatiques que l'on peut séparer en catastrophes collectives ou en traumatismes individuels (Sabouraud-Séguin, 2008).

Les évènements majeurs et massifs (comme les agressions intentionnelles, les évènements accidentels, les catastrophes naturelles...) ne sont pas les seuls types d'évènements traumatiques. L'accumulation d'évènements d'importances diverses, le rappel d'un évènement ancien aux potentialités traumatogènes, ou un deuil non résolu peuvent aussi être considérés comme des évènements traumatiques (Josse, 2007).

En ce qui concerne les victimes d'un évènement traumatique, elles peuvent avoir vécu l'évènement, avoir été spectatrices de l'évènement, avoir eu un proche ayant vécu l'évènement ou avoir été confrontées de manière répétée à des éléments choquants de l'évènement (American Psychiatric Association, 2016).

Finalement, une distinction est à faire entre l'évènement traumatique et le traumatisme.

L'évènement traumatique est l'agent possible responsable d'un traumatisme alors que le traumatisme est l'ensemble des troubles provoqués par un agent extérieur. Remarquons qu'il

n'y a pas de lien obligé et inflexible entre l'évènement traumatique et le traumatisme (Blavier, 2016). Par exemple, il se peut qu'un évènement, bien que dépassant les ressources d'une majorité d'individus, soit traumatisant pour une personne mais ne le soit pas pour une autre.

1.2. Les différents types de traumatismes

1.2.1. *L'état de stress aigu*

L'état de stress aigu est une réaction intense, désagréable voire dysfonctionnelle qui survient peu après l'exposition directe ou indirecte à un évènement traumatique. Cette catégorie englobe donc tant les réactions de survenue immédiate que les réponses post-immédiates perdurant jusqu'à quatre semaines après l'incident (Josse, 2013). L'état de stress aigu se distingue du stress post-traumatique, d'une part, par sa temporalité et, d'autre part, par l'existence de symptômes de dissociation. Parmi les symptômes de dissociation, on retrouve : un engourdissement émotionnel (un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réaction émotionnelle), une impression de déréalisation, une impression de dépersonnalisation, une réduction de la conscience de son environnement (par exemple, « être dans le brouillard »), une amnésie dissociative (par exemple, une incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme) (Josse, 2013).

Notons également que les réactions de stress aigu à la suite de traumatismes représentent des indices de vulnérabilité à l'état de stress post-traumatique (Birmes, Ducasse, Warner, Payen, Schmitt, 2000). C'est un trouble transitoire.

En annexe 1, vous trouverez les critères du DSM-V (APA, 2015). Selon ce manuel, l'état de stress aigu se caractérise par la présence de minimum 9 des 14 symptômes et ce, peu importe les clusters (intrusion, humeur négative, dissociation, évitement et niveau d'activation élevé) auxquels ils appartiennent.

Lorsque les symptômes perdurent, on qualifiera la réaction de stress post-traumatique.

1.2.2. *L'état de stress post-traumatique*

Le DSM-V (APA, 2015) définit l'état de stress post-traumatique comme un trouble anxieux caractérisé par la présence de trois critères principaux : les reviviscences, les évitements et les réactions neurovégétatives (annexe 2). Les reviviscences s'expriment par des souvenirs de l'évènement envahissants et répétitifs provoquant une grande détresse émotionnelle. Elles peuvent également se manifester sous la forme d'images déclenchées brutalement lorsqu'un élément de rappel de l'évènement traumatique apparaît ou sous la forme de rêves/cauchemars durant lesquels les sujets revivent le déroulement de l'évènement. Ensuite, les évitements se manifestent par des actions visant à éviter les situations, les pensées ou les stimuli (lieux, personnes, objets...) pouvant amener à repenser au traumatisme. Finalement, après avoir vécu un traumatisme, un individu peut se sentir menacé, en danger et va développer un schéma d'éveil mental accru. Ce dernier est caractérisé par une hypervigilance (notamment par rapport aux signaux de dangers), une irritabilité, des troubles de la mémoire, une diminution de la concentration, des troubles du sommeil, des réactions de sursauts exagérées.... La personne peut également être stressée par des perturbations mineures (Boudoukha, 2016 ; Klinic, 2013 ; Sabouraud-Séguin, 2008).

Au niveau de l'état de stress post-traumatique, nous pouvons remarquer que ces critères s'entretiennent l'un l'autre. Les intrusions provoquant un état émotionnel désagréable chez la victime, celle-ci va enclencher un état d'hypervigilance ainsi que des comportements de contrôle et d'évitement afin de réduire ce sentiment de menace et d'éviter au maximum ces reviviscences. Lorsque celles-ci prennent l'allure de cauchemars, la personne peut utiliser n'importe quel moyen pour arriver à dormir. Ces efforts (cognitifs et comportementaux) vont empêcher l'adaptation et entretenir les troubles. L'état d'alerte dans lequel la personne se trouve en permanence va empêcher la diminution ou la disparition des réactions neurovégétatives (Sabouraud-Séguin, 2008).

Parmi les autres critères de l'état de stress post-traumatique, le DSM-V (APA, 2015) mentionne l'exposition à un évènement traumatique et une altération négative des cognitions et de l'humeur. Le DSM-V spécifie si ce trouble est accompagné de symptômes dissociatifs ou non. Il différencie aussi l'état de stress post-traumatique aigu (lorsque les symptômes apparaissent durant une période inférieure à trois mois), chronique (lorsque les symptômes durent plus de trois mois) et à survenue différée (si les symptômes apparaissent six mois après l'évènement traumatique) (Boudoukha, 2016).

REMERCIEMENTS.....	- 1 -
INTRODUCTION	- 3 -
REVUE DE LA LITTÉRATURE	- 9 -
1. Traumatismes psychiques.....	- 9 -
1.1. Le traumatisme	- 9 -
1.1.1. Historique	- 9 -
1.1.2. Définition	- 10 -
1.1.3. L'évènement traumatique	- 11 -
1.2. Les différents types de traumatismes	- 12 -
1.2.1. L'état de stress aigu	- 12 -
1.2.2. L'état de stress post-traumatique	- 13 -
1.2.3. Les traumatismes de type I et II	- 16 -
1.2.4. Les traumatismes directs et indirects.....	- 18 -
2. Épidémies et stress post-traumatique	- 19 -
2.1. Impact du confinement sur la détresse péri-traumatique	- 19 -
2.1.1. Les confinements comme évènements traumatiques potentiels	- 19 -
2.2. Covid-19 et difficultés psychologiques	- 22 -
3. Marché de l'emploi et Covid-19	- 24 -
3.1. État des lieux général	- 24 -
3.2. État des lieux en Belgique	- 24 -
3.2.1. Covid-19 et bien-être des demandeurs d'emplois	- 29 -
3.2.2. Impact du Covid-19 sur les travailleurs	- 30 -
4. Centres de réadaptation fonctionnelle	- 32 -
4.1. Origines	- 32 -
4.2. Définitions	- 32 -
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	- 36 -
HYPOTHÈSES.....	- 38 -
MÉTHODOLOGIE.....	- 40 -
1. Recrutement	- 40 -
1.1. CRF.....	- 40 -
1.1.1. L'Ancre.....	- 40 -
1.1.2. Club André Baillon	- 41 -
1.1.3. Le Maillet	- 41 -

1.1.4.	L'Intervalle.....	- 41 -
1.2.	Populations.....	- 42 -
1.2.1.	Population contrôle.....	- 42 -
1.2.2.	Population étudiée	- 42 -
2.	Outils d'analyse.....	- 43 -
2.1.	Questionnaire sociodémographique.....	- 43 -
2.2.	Peritraumatic Distress Inventory – PDI (Brunet et al., 2001)	- 43 -
2.3.	Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003)	- 44 -
2.4.	Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité à les Surmonter - OITES (Corbière et al., 2002)	- 44 -
2.5.	Questionnaire de motivation à l'emploi	- 45 -
3.	Déroulement de l'étude	- 45 -
3.1.	Recrutement	- 45 -
3.1.1.	Groupe contrôle	- 45 -
3.1.2.	Groupe étudié	- 46 -
4.	Considérations éthiques	- 47 -
	<i>ANALYSE DES DONNÉES ET RÉSULTATS.....</i>	<i>- 48 -</i>
1.	Échantillon.....	- 48 -
1.1.	Données sociodémographiques	- 48 -
2.	Statistiques descriptives	- 49 -
2.1.	Effectif total.....	- 49 -
2.1.1.	PDI	- 49 -
2.1.2.	OITES.....	- 49 -
2.1.3.	Motivation.....	- 50 -
2.1.4.	CD-RISC	- 50 -
2.2.	Groupe étudié	- 50 -
2.2.1.	PDI	- 50 -
2.2.2.	OITES.....	- 51 -
2.2.3.	Motivation	- 51 -
2.2.4.	CD-RISC	- 51 -
2.3.	Groupe contrôle	- 52 -
2.3.1.	PDI	- 52 -
2.3.2.	OITES.....	- 52 -
2.3.3.	Motivation	- 53 -
2.3.4.	CD-RISC	- 53 -

2.4.	Test de normalité	- 54 -
3.	Résultats	- 55 -
3.1.	Difficultés psychologiques et traumatismes	- 55 -
3.2.	Résilience et détresse péri-traumatique	- 56 -
3.3.	Détresse péri-traumatique et insertion professionnelle.....	- 57 -
3.4.	Effets des différentes variables sociodémographiques sur la détresse péri-traumatique.....	- 61 -
DISCUSSION		- 64 -
1.	Première hypothèse : détresse péri-traumatique et population fragilisée	- 64 -
2.	Deuxième hypothèse : Effet de la résilience sur la détresse péri-traumatique.	- 66 -
3.	Troisième hypothèse : Influence de la détresse péri-traumatique sur l'(a) (ré)insertion professionnelle	- 68 -
3.1.	OITES	- 68 -
3.2.	Motivation.....	- 69 -
4.	Quatrième hypothèse : Influence des variables sociodémographiques sur la détresse péri-traumatique.....	- 70 -
4.1.	Le genre	- 70 -
4.2.	Niveau d'éducation	- 71 -
4.3.	Logement	- 72 -
4.4.	Âge	- 72 -
5.	Forces et limites	- 74 -
5.1.	Forces	- 74 -
5.2.	Limites	- 75 -
6.	Perspectives.....	- 75 -
CONCLUSION		- 78 -
BIBLIOGRAPHIE.....		- 80 -

1.2.3. *Les traumatismes de type I et II*

a) Les traumatismes de type I

C'est à Lenore Terr que l'on doit la première catégorisation des traumatismes en deux types : le traumatisme de type I et le traumatisme de type II. Lenore Terr décrit le traumatisme de type I comme « *un évènement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire.*

Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif » (Josse, 2007, p.7). Le traumatisme de type I est causé par un évènement isolé, imprévu et limité dans le temps. Par exemple, ce traumatisme peut être une agression, un incendie, un accident de voiture, une catastrophe naturelle, etc. Par convention, un traumatisme de type I se soigne, se guérit beaucoup plus facilement qu'un traumatisme de type II.

Les conséquences du traumatisme de type I sont des réponses comportementales et physiologiques conditionnées à l'évènement traumatique, comme par exemple, des souvenirs détaillés de l'évènement, des peurs spécifiques à l'évènement, des hallucinations ou une recherche de sens pour expliquer ce qui est arrivé, des évitements, des reviviscences, etc. (Blavier, 2016). Notons qu'« *un traumatisme de type I peut avoir des « conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatique. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique » (Josse, 2007, p.7).*

b) Les traumatismes de type II

Lenore Terr parle de traumatisme de type II lorsque « *l'évènement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif » (Josse, 2007, p.7).* Par exemple, nous pensons à la violence intrafamiliale, la violence politique, les faits de guerre, les abus sexuels, les traumatismes secondaires des professionnels de l'aide, les agressions répétées, le harcèlement au travail etc. Nous remarquons alors qu'un traumatisme de type II résulte de l'exposition répétée, prolongée et multiple à des évènements extrêmes, le plus souvent de nature interpersonnelle.

Pour commencer, tout traumatisme est de type I. En effet, les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I. Les symptômes du type I peuvent être considérés comme des puissants mécanismes de défense ayant pour fonction de protéger l'intégrité psychologique de la personne et la sauvegarde de soi. Parmi les mécanismes de défense, nous pouvons citer l'évitement, l'isolement, le refoulement, le détournement de la rage vers soi ou vers les autres (Blavier, 2016). Néanmoins, progressivement, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques se manifestent avec le développement du traumatisme de type II – comme par exemple, d'importants changements de la personnalité.

1.2.4. *Les traumatismes directs et indirects*

« On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'évènement traumatique » (Josse, 2007, p.11).

Une personne qui n'a pas subi de traumatisme direct mais qui entretient néanmoins des contacts réguliers avec une autre personne ou un groupe de personnes traumatisées peut présenter des troubles psychotraumatiques. Dans ce cas, on parle de traumatisme indirect, vicariant, secondaire où *« c'est la rencontre avec la personne traumatisée qui constitue en elle-même l'évènement traumatique »* (Josse, 2007, p.11).

2. Épidémies et stress post-traumatique

Les études sur les épidémies précédentes, telles que SARS, Ebola, grippe H1N1, syndrome respiratoire du Moyen-Orient, grippe équine ont montré que l'impact psychologique sur la population (symptôme de stress post-traumatique, confusion, colère et différents facteurs de stress) est important et durable (Djillali, Ouandelous, Zouani, Crettaz Von Roten, de Roten, 2020).

Considérons ici, plusieurs données afin d'appuyer ces propos. Précédemment, au cours de l'épidémie de H1N1, une étude a rapporté une prévalence de 28 % de troubles de stress post-traumatique (TSPT) chez des sujets confinés contre une de 7 % chez ceux qui n'étaient pas confinés. Hawryluck et al. (2020), au cours de l'épidémie de SARS, ont observé 29 % de symptômes modérés de stress post-traumatique en sortie de confinement. De la même manière, un TSPT a été observé parmi les membres du personnel des hôpitaux confinés jusqu'à 3 ans après l'épidémie de SARS en Chine. En Chine toujours, Lee et al. (2007) ont également mis en avant que les survivants du virus SARS présentaient un haut niveau de détresse psychologique et ce, même un an après en être sortis.

2.1. Impact du confinement sur la détresse péri-traumatique

2.1.1. *Les confinements comme évènements traumatiques potentiels*

Peut-on considérer que l'évènement « confinement » en lui-même constitue un évènement potentiellement traumatique ? Si on s'en tient à la définition du DSM-V, à savoir : « *un évènement qui doit obligatoirement confronter l'individu à un risque de blessure grave, de mort imminente, ou de violences sexuelles pour être considéré comme la source d'un trouble de stress post-traumatique* » (American Psychiatric Association, 2013), le confinement ne constitue pas, pour l'individu, un évènement potentiellement traumatique.

D'ailleurs, le confinement tel qu'il a été organisé, protégeait la population des menaces extérieures. En effet, les gens vivaient dans un environnement fermé et isolés les uns des autres. Notons également que selon le DSM-V, la quarantaine n'est pas considérée comme étant un traumatisme dans le diagnostic du trouble de stress post-traumatique. (American Psychiatric Association, 2013).

Or, selon les recherches menées par Allé et al. (2020), un lien existe entre le confinement et les stress post-traumatique. Ces symptômes traumatiques seraient en partie causés par l'isolement social. De plus, d'autres auteurs ont mis en avant que les personnes confinées peuvent faire état d'une prévalence élevée de symptômes de détresse et de troubles psychologiques (Mihashi et al., 2009 ; Lee, Chan, Chau, Kwok, & Kleinman, 2005 ; Brooks et al., 2020 ; Di Giovanni, Conley, Chiu & Zabroski, 2004).

Selon Brooks et al. (2020), les personnes en quarantaine peuvent développer de multiples réactions psychologiques comme le fléchissement de l'humeur, l'hyperréactivité au stress, l'irritabilité et l'insomnie. Plus la durée de la quarantaine est longue, davantage la santé mentale est impactée, en particulier en ce qui concerne la présence d'émotions négatives (peur et colère surtout), de mésusages de substances psychoactives et de symptômes de troubles de stress post-traumatique (TSPT).

De plus, la durée, la crainte d'infection, la frustration et l'ennui sont des facteurs de stress dont les effets s'apparentent aux troubles d'un choc émotionnel (Brooks et al, 2020).

Néanmoins, l'échelle du premier confinement mise en œuvre suite au Covid-19 est inédite (Mengin et al., 2020) d'où l'importance de la première étude réalisée en Chine en mars 2020. Wang et al. (2020) ont rapporté, dans la population générale majoritairement confinée, un impact modéré à sévère de la crise sanitaire chez 76 % des participants (correspondant à un score > 24 à l'IES-R). De plus, sur un échantillon de 2032 personnes, 4,6 % rapportaient un haut niveau de symptômes de stress post-traumatique (Wang et al., 2020). Également en Chine, une étude réalisée auprès de 52 730 personnes a mis en évidence que 35 % de l'échantillon présentaient un score de détresse psychologique modéré et qu'un peu plus de 5 % souffraient d'un score de détresse élevé (Wang et al., 2020). Cette étude a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire à remplir en ligne qui recueillait la fréquence de l'anxiété, de la dépression, des comportements d'évitement et des symptômes physiques déclarés au cours de la dernière semaine.

Dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA), différentes réactions psychopathologiques, telles que le stress aigu, la dépression, l'anxiété, les insomnies et l'état de stress post-traumatique (ESPT) ont été rapportés ((Djillali, Ouandelous, Zouani, Crettaz Von Roten, de Roten, 2020).

Au moment du second confinement, le contexte change et l'effet cumulatif sur le plan psychologique est à prendre en compte (Franck et Zante, 2021).

a) Facteurs de risques du stress post-traumatique

L'identification des facteurs de risques et de protection est une question très difficile. En effet, il existe une grande hétérogénéité de facteurs et la variabilité individuelle y tient une place importante. Un facteur de risque pour l'un pourrait très bien être un facteur de protection pour l'autre. Il faut donc les considérer avec prudence.

Trois types de facteurs sont néanmoins reconnus.

Le premier concerne les caractéristiques de l'évènement. Le fait qu'il soit individuel, fortuit, que la personne soit visée directement, qu'il s'agisse d'un évènement avec une intention humaine, qu'il entraîne des lésions physiques et qu'il ait un haut degré de violence sont des facteurs de risques (Blavier, 2016).

Le deuxième concerne la détresse péri-traumatique. En effet, plus cette dernière sera élevée, plus cela représente un facteur de risques (Blavier, 2016).

Le troisième facteur concerne les caractéristiques individuelles. Selon Trevillion et al. (2012), être de sexe féminin constituerait un facteur de risques. De plus, on retrouve également comme facteurs de risques les antécédents psychiatriques ainsi que la faiblesse du niveau socio-économique (Blavier, 2016).

Durant la pandémie de Covid-19, les facteurs associés à la détresse péri-traumatique sont nombreux : le genre, l'âge, l'activité professionnelle, l'état de santé, l'utilisation de médicaments psychotropes, de somnifères, la crainte de la mort en cas de contagion par le Covid-19 et le niveau d'éducation.

Ceci a été mis en avant par plusieurs auteurs. Selon eux, le genre (femme), les problèmes psychologiques, le stress, la situation économique, le confinement total, le fait d'être fort touché

par la pandémie sont des variables qui prédiraient la détresse péri-traumatique ainsi que le niveau d'éducation (S. Djillali, N.-N. Ouandelous, N. Zouani et al., 2020).

Brooks et al. (2020), ont également identifié la longueur de la quarantaine, les difficultés financières, l'ennui, la fausse information ainsi que la peur d'être infecté comme facteurs de stress liés à la détresse psychologique.

Enfin, selon une étude réalisée en France par Chaix et al. (2020), les femmes, les personnes sans emploi ou en dépression, apparaissent plus vulnérables face au risque de développer des troubles psychologiques suite à la pandémie. Ceci coïncide avec l'étude réalisée en Chine par Xiong et al. (2020). Selon celle-ci, les facteurs les plus associés à une haute détresse psychologique sont : la femme, avoir l'âge de moins de 40 ans, la présence de maladie mentale, le fait d'être sans emploi et une exposition fréquente aux nouvelles médiatiques concernant le Covid-19.

2.2. Covid-19 et difficultés psychologiques

Les patients souffrant de troubles psychiques semblent particulièrement vulnérables face à ce virus et à la pandémie : vulnérabilités liées aux comorbidités médicales, à l'âge, aux troubles cognitifs qui peuvent entraver le respect des consignes de confinement et aux complications psychosociales. Plusieurs initiatives ont été prises pour assurer la continuité des soins et contenir l'épidémie.

Selon Xavier Noël (2020), les personnes présentant un trouble psychologique avant la quarantaine sont plus à risque de manifester une souffrance mentale persistante. Plusieurs facteurs de risques ont été mis en avant par ce dernier. Le premier repose sur les périodes de confinement ; plus elles sont longues et solitaires, plus elles présentent un risque accru. Deuxièmement, la crainte de manquer de ressources de première nécessité est un facteur de risque également. Troisièmement, il cite le manque de précision et de cohérence des informations fournies à la population. Finalement, la crainte d'être exposé à des difficultés financières augmente la souffrance psychologique durable chez les personnes à faibles revenus (Noël, 2020).

Selon Auxéméry et Tarquinio (2020), le confinement aurait tendance à exacerber certaines souffrances psychologiques et à en taire d'autres, du moins transitoirement. Ces derniers basent leurs propos sur diverses vignettes cliniques analysées lors du confinement.

D'une part, ils ont observé une augmentation des plaintes psychosomatiques causées par la diminution de l'activité psychomotrice (Auxéméry & Tarquinio, 2020). D'autre part, les patients souffrant de psychose semblent voir leurs symptômes aggravés. En effet, ils tendent à interpréter davantage leurs perceptions corporelles, en lien avec la crainte de l'infection, avec survenue d'accents mélancoliformes ou d'hypocondrie surinvestie (Auxéméry & Tarquinio, 2020). Le climat actuel semble également favorable à l'émergence de la pathologie. Travaillant dans le domaine, ils ont pu observer un taux important de nouveaux cas, la majorité présentant des antécédents familiaux de psychose.

En outre, s'associant au risque dépressif, l'évolution anxieuse des sujets hyper réactifs au stress semble importante, générant ainsi des crises de panique, des comportements d'évitement, l'usage de substances, etc. De plus, une augmentation des conduites alimentaires pathologiques a été mise en avant. En outre, plusieurs sevrages forcés par manque d'accessibilité ont été rapportés par Auxéméry et Tarquinio (2020).

Paradoxalement, certains symptômes se sont vus atténués grâce aux règles sanitaires mises en place afin de lutter contre le Covid-19. Par exemple, les patients souffrant de phobies sociales se sentaient mieux dans les rues et les commerces désertés par les foules (Auxéméry et Tarquinio, 2020).

En France, une évaluation de la détresse péri-traumatique liée à la pandémie du Covid-19 a été réalisée chez des patients atteints de maladies chroniques. Celle-ci révèle que sur 1771 participants, 38,06 % (n=674) des patients étaient en détresse psychologique (score PDI $\geq$ 14), définie comme un état de risque accru de syndrome de stress post-traumatique (Chaix et al., 2020). Parmi les 1771 sujets, on retrouve 459 participants dits dépressifs. À l'intérieur de ce sous-groupe, 54 % d'entre eux présentaient une détresse psychologique importante (Chaix et al., 2020).

De plus, selon une étude réalisée sur la population de Séoul (Yoon, You, Shon, 2021), le fait d'avoir déjà souffert d'une maladie mentale serait significativement lié à une détresse péri-traumatique plus importante.

3. Marché de l'emploi et Covid-19

3.1. État des lieux général

Le marché de l'emploi tel qu'on le connaît a été quelque peu bousculé par la crise sanitaire provoquée par l'épidémie du Covid-19 et ce, dans le monde entier.

D'une part, selon Albeiro et Tremblay (2021), la pandémie a accentué les inégalités déjà présentes parmi les différents secteurs d'emploi et les populations. En France, au premier semestre 2020, 715 000 emplois ont été détruits et ce, en premier lieu dans l'intérim (Barhoumi et al., 2020). Ce phénomène s'est également produit aux États-Unis ainsi qu'au Canada où on retrouve un taux de chômage assez élevé. Selon Couturier et Posca (2021), ce sont les femmes ainsi que les personnes aux plus faibles revenus qui ont été les plus touchées par le chômage. Également en France, une femme sur trois n'avait plus d'emploi au 1^{er} mai alors que ce n'était le cas que pour un homme sur quatre (Lambert et al., 2020). Au Canada, on observe que ce sont les jeunes qui sont les plus touchés par la perte d'emploi due à la pandémie (Lemieux et al. 2020). De manière plus générale, nous observons que le secteur privé a été plus touché que le secteur public.

D'autre part, outre l'adaptation des pratiques professionnelles en matière de gestion des horaires (choisis ou souvent imposés) avec des retombées sur la vie personnelle et familiale, il peut également être intéressant d'observer en quoi la pandémie a provoqué une réadaptation et une négociation des conditions de travail (Alberio et Sousa, 2020). Plusieurs nouvelles manières de fonctionner ont été développées afin de préserver la collaboration entre collègues et/ou organisations. La pratique du télétravail ainsi que l'utilisation de la visioconférence ont émergé à plus grande échelle (Tremblay et Scaillerez, 2020).

3.2. État des lieux en Belgique

Jusqu'en fin d'année 2019, la situation sur le marché du travail s'était nettement améliorée en Belgique. En effet, durant les quatre années précédentes, l'emploi intérieur avait progressé de manière continue à un rythme annuel moyen de 1,5 %. Ce chiffre correspond à des créations annuelles nettes d'environ 70 000 emplois. Cependant, ce contexte de progression a totalement

été bouleversé par la récession brutale et profonde survenue à la mi-mars 2020 à la suite de la mise à l'arrêt de pans entiers de l'économie.

Dans le secteur privé, 7 200 entreprises ont été déclarées en faillite en 2020, causant la perte d'emploi de quelque 18 000 travailleurs. Cependant, ces chiffres sont moins alarmants que ceux de 2019. En effet, ils faisaient alors état de de 10 600 firmes pour 20 400 travailleurs. Néanmoins, il n'est pas exclu qu'une vague de faillites apparaisse dans le courant de l'année 2021, lorsque les aides fournies par l'Etat ne seront plus allouées. Pour l'instant, ce n'est pas encore le cas, les faillites déclarées durant les quatre premiers mois de 2021 restent inférieures à celles de 2019.

Toujours dans le secteur privé, en avril 2020, près de 40 % des travailleurs salariés, soit plus d'un million de personnes, ont bénéficié d'allocations de chômage temporaire. C'est un niveau cinq fois supérieur à celui enregistré lors du pic de la crise financière de 2009. En avril 2021, on dénombrait encore 353 000 salariés en chômage temporaire, soit un niveau toujours élevé, mais nettement inférieur au pic observé en avril 2020. Notons tout de même qu'à ce moment, ce chômage n'a pas duré plus d'un mois pour la majorité d'entre eux.

Ce recours massif au chômage temporaire et au droit passerelle, ainsi que toutes les mesures prises pour soutenir les entreprises et l'emploi ont toutefois permis de limiter les destructions nettes d'emplois en 2020.

Selon les données des comptes nationaux (2021), l'emploi intérieur ne s'est contracté que de 8000 personnes au cours de l'année écoulée. Cette diminution concerne uniquement les salariés des branches sensibles à la conjoncture actuelle. Dans celles-ci, le nombre annuel moyen d'emplois a reculé de 28 000 unités par rapport à 2019. Dans ces branches, le nombre de personnes en emploi a atteint son niveau le plus bas, c'est-à-dire seulement 2 482 000 en emploi, soit près de 60 000 de moins qu'à la fin de l'année 2019.

En revanche, le nombre de personnes occupées comme fonctionnaires ou comme salariés dans l'administration, l'enseignement ou les services de santé, d'une part, et, celui des travailleurs indépendants, d'autre part, ont poursuivi leur progression.

L'analyse plus fine par branche d'activité montre que les suppressions nettes d'emplois se sont concentrées dans quelques branches en particulier et ce, aussi bien en nombre de personnes concernées qu'en pourcentage de l'emploi au sein de la branche. C'est plus particulièrement dans l'Horeca (- 12 000 emplois, soit une perte de -9,2 % de l'emploi) et dans les activités de

services administratifs et de soutien (- 25 000 emplois, soit une perte de 5,9 % de l'emploi) que les pertes sont les plus importantes.

Un autre secteur a particulièrement été affecté, celui des arts, spectacles et autres activités récréatives. En effet, depuis le début de la crise, la plupart des grands événements ont dû être annulés. Les activités sportives non professionnelles ont dû également être interrompues pendant les deux confinements. Dans ces secteurs, le recours au chômage temporaire y a été très important (50 % durant le premier confinement). Plus précisément, les données des comptes nationaux indiquent une perte d'emplois autour de 3 % au cours du troisième trimestre 2020 (soit 1 000 personnes) et de 6,5 % au cours du quatrième trimestre (soit 2 300 personnes).

Quant au secteur financier, la situation est particulière. Il a largement pu exploiter les possibilités de télétravail, limitant ainsi le recours au chômage temporaire. Cependant, des pertes d'emplois ont continué d'y être enregistrées et ce, dans le prolongement de l'application des restructurations qui se succèdent depuis plusieurs années.

Dans des secteurs comme la santé ou la grande distribution, la crise sanitaire a, au contraire, impliqué une charge de travail exceptionnelle pour le personnel qui a été soumis à une lourde pression. C'est pour ces secteurs essentiels que des mesures visant à faciliter les engagements ou les remplacements temporaires de travailleurs absents, y compris par des personnes au chômage temporaire, ont été prises.

Dans le secteur industriel, contrairement à la crise de 2008-2009, les pertes se limitent à 6 000 postes et à une baisse de 1,2 %. En revanche, dans le secteur de la construction, on observe des créations nettes d'emplois (+4 000 emplois, soit +2 %).

Pour les indépendants et d'après les données de l'INASTI, la progression de l'emploi se vérifie et ce, aussi bien pour ceux exerçant une activité à titre principal (+2 % en 2020 par rapport à 2019) que pour ceux exerçant une activité à titre complémentaire (+3,8 %) ou après la pension (+5,7 %). Il est toutefois important de constater qu'il y a eu une baisse du nombre d'indépendants à titre complémentaire entre le quatrième trimestre de 2019 et les premier et deuxième trimestres de 2020. Cette diminution a tout de même été rattrapée pendant les deux derniers trimestres lors de l'assouplissement des règles sanitaires. Le deuxième trimestre de 2020 a également été difficile pour les indépendants à titre principal avec un net ralentissement de leur croissance trimestrielle. Malgré le dispositif d'octroi du droit passerelle et les pertes d'emploi limitées, l'enquête de l'ERMG26 (2021) montre qu'au fil de la crise, les indépendants rapportent la perte de leur chiffre d'affaires la plus sévère du fait du Covid-19. Indépendamment

de la branche considérée, le plus frappant est que les indépendants font état d'une perte de chiffre d'affaires plus importante que les moyennes et grandes entreprises, même si ladite perte est évidemment bien plus prononcée dans les branches d'activité qui ont subi de plein fouet l'incidence de la crise du coronavirus, comme les agences de voyages, les métiers de contact non médicaux ou encore l'Horeca.

Concernant les offres d'emploi reçues par les services publics de l'emploi (SPE) elles se sont taries lors de l'entrée en vigueur des mesures de confinement. Nombre d'entreprises ont interrompu leurs procédures de recrutement, sauf dans certains secteurs essentiels comme la santé ou la logistique. Dès le mois de mai 2020, toutefois, une reprise du nombre d'offres transmises aux SPE a été observée, ce qui témoigne de la réactivité du marché du travail. Cette dynamique a néanmoins été enrayée par la deuxième période de confinement qui a, à nouveau, donné lieu à un recul des opportunités d'emploi, bien que de moindre ampleur que durant la première vague. Le début de l'année 2021 montre à nouveau un accroissement du nombre d'offres d'emploi disponible sur le marché du travail.

Outre les données disponibles via les SPE, le taux de vacance d'emploi calculé par Statbel (2020) pour l'ensemble de l'économie est également intéressant à analyser, notamment parce qu'il permet une comparaison internationale. La Belgique présente, depuis plusieurs années déjà, un taux de vacance d'emploi supérieur à ce qui est observé en zone euro. En 2019, il était de 3,5 % en moyenne contre 2,3 % en zone euro. Lors du premier confinement, soit au deuxième trimestre de 2020, ce taux est passé à 3 % en Belgique contre 1,6 % en zone euro, soit une diminution moins marquée pour notre pays. L'augmentation qui a suivi au troisième trimestre, causée par l'assouplissement des restrictions sanitaires, a également été plus forte en Belgique (3,3 % contre 1,7 % en zone euro). Au quatrième trimestre de 2020, dernière donnée disponible, le taux de vacance s'établissait à 2,9 % en Belgique, ce qui ne représente pas moins de 115 500 emplois. Les branches d'activité rencontrant les plus grandes difficultés de recrutement sont l'information et la communication (6,4 %), les activités scientifiques et techniques (5,4 %) et la construction (4,2 %).

Certains métiers peuvent être considérés comme étant en pénurie. Bien que certaines tendances aient pu être accentuées du fait de la crise sanitaire, il s'agit bien souvent de métiers structurellement en pénurie. On pense notamment aux métiers qualifiés tels que les métiers de l'ingénierie et des sciences, les métiers informatiques et de communication, les métiers des soins de santé ou de l'enseignement, mais aussi moins qualifiés, comme les métiers d'artisan

dans l'alimentation, le transport et la logistique, les métiers de l'Horeca et du commerce, ou encore de la construction.

Les faibles pertes d'emploi, les opportunités d'embauche toujours importantes malgré une baisse temporaire et les mesures qui ont été prises pour soutenir l'emploi font que l'augmentation du chômage a été relativement limitée en 2020, à hauteur de 17 500 personnes, ce qui représente une hausse de 3,7 %. À titre de comparaison, ce sont 51 000 demandeurs d'emploi inoccupés (DEI) supplémentaires que l'on avait enregistré en 2009 lors de la crise financière et 25 000 en 2013 avec la crise budgétaire qui avait suivi.

Ce constat est toutefois à prendre avec prudence car certaines personnes ont temporairement postposé leur recherche d'emploi en attendant des temps plus cléments, réduisant ainsi l'offre de main-d'œuvre inoccupée. Parmi ces personnes, on retrouve, en majorité, des individus qui ne perçoivent pas d'allocations de chômage, comme les personnes d'origine étrangère ou les jeunes travailleurs dont l'expérience professionnelle est insuffisante pour y avoir droit, ainsi que les bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale, pour lesquels l'obligation d'inscription comme demandeur d'emploi a été suspendue. Ces personnes ne sont dès lors comptabilisées ni dans l'emploi, ni parmi les demandeurs d'emploi, qui, ensemble, constituent la population active.

En moyenne, au cours de l'année 2020, l'augmentation du nombre de DEI a été plus marquée pour les personnes moyennement et hautement éduquées (les plus faiblement éduquées étant plus souvent engagées dans des secteurs ayant eu recours au chômage temporaire), ainsi que pour les groupes d'âge plus jeune, de 20 à 30 ans. L'analyse des flux entrants et sortants faite par l'ONEM dans son rapport annuel indique que l'augmentation du chômage est due au nombre plus restreint de sortants et non à un nombre supérieur d'entrants dans le système. Le taux de sortie vers l'emploi au premier semestre de 2020 s'élevait à 9,3 % contre 10,5 % au premier semestre de 2019. Ce constat est vrai pour toutes les catégories de chômeurs mais est plus particulièrement marqué pour les jeunes, les chômeurs de moins d'un an, les personnes moyennement et hautement éduquées, les chômeurs après études, les hommes et les personnes de nationalité belge.

Certaines sous-populations présentes sur le marché du travail ont été bien plus durement touchées par la crise que d'autres en termes de pertes d'emploi ou de possibilités de travailler. Ce sont en particulier les personnes occupées sous contrat temporaire ou atypique, comme

l'intérim ou les contrats à durée déterminée, qui ont le plus subi les retombées de la crise sur le marché du travail.

Les personnes qui étaient inactives sont légèrement plus nombreuses à l'être restées en 2020, mais les écarts par rapport aux années précédentes demeurent très limités.

La reprise de la croissance économique et le maintien pendant la plus grande partie de l'année de plusieurs mesures de soutien à l'emploi impliquent que l'on s'attend désormais à une hausse de l'emploi, pour l'année en cours, de l'ordre de 32 000 postes d'après les projections de la Banque nationale de Belgique (BNB) et de 35 000 selon le Bureau Fédéral du Plan (BFP).

Notons également que la crise a ralenti les transitions du chômage vers l'emploi dans tous les pays mais pas de manière plus marquée en Belgique. En moyenne, le taux de transition s'est réduit de 3 points de pourcentage entre 2019 et 2020.

3.2.1. Covid-19 et bien-être des demandeurs d'emplois

L'indicateur de bien-être, développé par le BFP et synthétisant les principaux déterminants du bien-être, tels que la santé, le niveau de vie, la vie en société, le travail et l'éducation, devrait, en conséquence, se réduire sensiblement en 2020. L'estimation faite par le BFP dans son rapport sur les indicateurs complémentaires au PIB, a été réalisée sur base des enquêtes effectuées tout au long de la crise. D'après leurs analyses, l'indicateur de bien-être des Belges diminuerait fortement en 2020 pour se situer à son niveau le plus bas depuis 2005. L'impact sur le bien-être dépasserait ainsi largement celui observé lors de la crise financière de 2009. Les jeunes, les demandeurs d'emploi, les travailleurs faiblement et moyennement éduqués, les personnes d'origine étrangère (hors UE) et les femmes, font partie des groupes les plus affectés par la crise.

Ce phénomène n'est pas exclusivement lié à la crise ; en effet, en 2014, Van der Meer a démontré qu'il existait une association négative entre le bien-être subjectif et le fait d'être sans emploi. Une autre étude de Reneflot et Evensen (2014) sur les conséquences du chômage chez les jeunes adultes sur la détresse péri-traumatique, a également indiqué que le chômage augmenterait le risque de détresse péri-traumatique et ce, même après que l'état de santé mentale initial et les facteurs de confusion ont été pris en compte.

De plus, il est également démontré que les chômeurs de longue durée portent une charge de maladie mentale nettement plus élevée que les personnes occupées (Urbanos-Garrido, RM ; Lopez- Valcarcel, BG, 2015).

Dans ce contexte de crise économique, il est d'autant plus important d'étudier le bien-être des demandeurs d'emploi. En effet, lorsque l'économie se contracte avec des opportunités d'emploi très limitées, le fait d'être au chômage augmente le risque d'altération de la santé mentale (Liu et al., 2020).

Selon plusieurs études réalisées pendant la crise, le chômage est corrélé avec une plus grande détresse péri-traumatique. En effet, selon une étude menée en Arabie, les personnes émergeant au chômage rapportent une plus grande détresse que ceux qui ont conservé leur emploi et leur entreprise pendant la crise (16,61 (3,85) et 15,08 (3,57), respectivement) (Achdut & Refaeli, 2020).

Cependant, peu d'autres études ont été réalisées pour confirmer ces données.

3.2.2. Impact du Covid-19 sur les travailleurs

Plusieurs études ont investigué la détresse péri-traumatique durant le Covid-19 chez les travailleurs et ce, essentiellement dans le milieu médical. En effet, ces derniers étant en première ligne, ils ont été particulièrement sujets au stress.

Selon une étude menée en Arabie, les professionnels de la santé ont plus de risque de développer une détresse péri-traumatique sévère que les autres professionnels (Khaled et al., 2021). Concrètement, sur un échantillon de 950 professionnels de la santé, 9,2 % présentent une détresse péri-traumatique sévère et 35,4 % rapportent une détresse modérée. À titre de comparaison, chez les autres professionnels, sur un échantillon de 2086 personnes, 6,3 % d'entre eux rapportent une détresse sévère et 31,7 % une détresse modérée (Khaled et al., 2021).

La revue systématique et méta-analyse incluant 62 études (162 639 participants) conduite par Luo et al. (2020), menée en Chine, indique une prévalence de 3 à 16 % de symptômes de TSPT chez les professionnels de la santé.

En Inde, une étude similaire a été effectuée et, selon celle-ci, 13 % des professionnels de la santé présentent des symptômes de stress post-traumatique. En Italie également, dans une revue systématique (2020), la prévalence des symptômes de stress post-traumatique va de 7,4 à 35 %.

En Belgique et plus particulièrement à Liège, selon une étude réalisée par Pitchot (2020), pas moins de 30 % du personnel soignant présenteraient des symptômes de stress post-traumatique dû au Covid-19.

Une étude réalisée à Wuhan par Lai et al. (2020) évaluant les facteurs de risque de TSPT chez les professionnels de la santé (1257 sujets) peut encore être évoquée. Selon cette étude, les principaux facteurs de risque sont : le degré d'exposition au virus, la profession d'infirmier/ière, le sexe féminin et une moindre expérience professionnelle (moins d'années d'ancienneté).

4. Centres de réadaptation fonctionnelle

4.1. Origines

La réadaptation fonctionnelle a été conçue dans les années 50. Les centres de réadaptation fonctionnelle (CRF) ont été créés grâce au Fonds Marron, un fonds d'aide aux victimes. Au départ, la population cible était majoritairement composée de personnes souffrant d'handicap mental. Par la suite, l'accès à la réadaptation a été étendu à toute personne présentant des troubles psychiques, psychologiques et/ou d'intégration sociale. À l'époque, la prise en charge était déjà pluridisciplinaire.

Les centres de réadaptation fonctionnelle étaient conventionnés et subventionnés par le FNRSH (Fonds National de Reclassement Social des Handicapés) et ce, jusqu'aux années 90. À cette période, le FNRSH a été dissolu. C'est alors l'INAMI qui a pris le relais et ce jusqu'il y a peu.

En effet, depuis le 1^{er} novembre 2019, du moins, en Région wallonne, les centres de réadaptation fonctionnelle sont conventionnés par l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité).

Ce passage de flambeau s'est fait progressivement car la Région wallonne a hérité, entre autres, de ce financement en 2014 à travers la sixième réforme de l'État. Entre 2014 et 2019, période transitoire, l'INAMI a continué d'assurer la gestion des compétences transférées pour le compte des entités fédérées.

Aujourd'hui, il existe également plusieurs centres privés comme le Club André Baillon décrit dans la section méthodologie.

4.2. Définitions

Selon le dictionnaire Larousse (2021), la réadaptation fonctionnelle se définit comme : « *ensemble des mesures permettant de réintégrer un malade ou un blessé dans la vie professionnelle.* ».

Cette définition rejoint l'officielle proposée par le « groupe philosophie » dans le texte intitulé « La médecine de réadaptation », publié par le Conseil Consultatif de la Réadaptation (2013)

auprès de l'INAMI. Elle se présente comme suit : « *La Réadaptation comprend les activités multidisciplinaires coordonnées qui visent à promouvoir des activités et des participations chez les personnes présentant des limitations fonctionnelles et ce, en tenant compte des facteurs externes et personnels pertinents.* ».

Les centres sont de petites structures pensées et construites en fonction des besoins locaux, insérées dans le tissu social souvent en réponse aux manques constatés sur le terrain. Ces structures se situent en lien direct avec l'ensemble des offres du secteur hospitalier ou de la santé mentale et au carrefour des champs du social, du professionnel et parfois du culturel. Elles sont, pour ainsi dire, un trait d'union entre ces différents champs.

Ces centres s'adressent à toute personne présentant des troubles psychologiques ou des problèmes psychosociaux importants faisant obstacle à la vie autonome, à l'intégration professionnelle ou encore à l'élaboration d'un projet de vie.

Les objectifs principaux que poursuivent ces centres sont les suivants :

- Installer les compétences permettant à la personne de vivre de manière autonome et gratifiante dans son cadre de vie.
- Mettre en place des compétences professionnelles favorisant l'insertion dans le milieu du travail.
- Augmenter et développer les compétences relationnelles et l'estime de soi.
- Développer un réseau de support social valorisant.
- Améliorer la qualité de vie.

Afin d'atteindre ces objectifs, ces centres s'articulent autour d'une approche pluridisciplinaire. En effet, les CRF comptent dans leurs équipes respectives, un ou plusieurs psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, logopèdes, kinésithérapeutes, médecins généralistes et assistants sociaux.

De plus, le suivi est organisé autour d'un Plan Personnel Individualisé, autrement dit un PPI, mis en place entre l'utilisateur et le référent du centre. Cela constitue en quelque sorte un contrat d'accompagnement. Il a pour objectif d'identifier le projet de vie personnel, les désirs, les ambitions, les souhaits, les illusions, les compétences sociales et l'histoire de l'utilisateur. Ce PPI guidera tant l'accompagnement individuel que collectif.

Concernant les modalités plus pratiques, les centres conventionnés par l'INAMI accueillent leurs usagers pour une durée allant de 6 à 18 mois. Ils sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 17h et ce, tout au long de l'année.

Les journées de prise en charge varient d'un à cinq jours par semaine à raison de minimum 6h par jour en fonction du projet poursuivi et selon la durée du suivi.

Pour les usagers dits VIPO (veufs, orphelins, invalides et pensionnés), le coût est entièrement pris en charge par la mutuelle. Concernant le reste de la population, un ticket modérateur d'un peu moins de 2 euros est demandé par jour de revalidation.

Pour résumer, considérons la définition de la réadaptation des Nations Unies (1983) : « *La réadaptation nécessite un programme comprenant des objectifs et une échéance, destiné à permettre à une personne déficiente d'atteindre un niveau fonctionnel, mental, physique et/ou social optimal en mettant à sa disposition des moyens de changer ses conditions de vie. Ce programme peut inclure des démarches visant à compenser une perte de fonction ou une limite fonctionnelle (par exemple par des aides techniques) et toute autre mesure visant à faciliter l'adaptation sociale ou sa restauration.* ».

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Mars 2020, le Covid-19 met à mal la population belge en la contraignant à rester confinée. Les habitants sont donc soumis à diverses restrictions entraînant un stress et une incompréhension importants.

À ce jour, de nombreuses études ont été réalisées sur les travailleurs ou la population générale mais peu d'études ont ciblé tant les demandeurs d'emploi que les personnes ayant des difficultés psychiques.

L'objectif principal de l'étude est donc d'analyser l'impact traumatique de la crise Covid sur une population présentant des difficultés psychologiques préalables. En effet, beaucoup de chercheurs prédisent un impact plus important dans cette population, cependant aucune étude n'a, à ce jour, été conduite.

En outre, nous investiguerons l'éventuel lien entre la détresse péri-traumatique et les obstacles perçus lors d'une insertion au travail. De plus, nous tenterons de définir si ces deux facteurs impacteraient la motivation à l'emploi.

Ensuite, de manière plus secondaire, il convient d'étudier le niveau de résilience afin de voir si celle-ci représente un facteur de protection.

Pour rappel, en psychologie clinique, la résilience se définit comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique (Cyrulnik, 1990).

Concrètement, cette recherche tente de répondre aux questions suivantes : « Au niveau traumatique, quel impact a la crise liée au Covid-19 sur les personnes vulnérables fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle ? », « Quelles sont les incidences de cet impact sur leur réinsertion professionnelle ? » et enfin, « Ont-ils une résilience assez importante pour les protéger ? ».

HYPOTHÈSES

Sur base des écrits scientifiques concernant la détresse péri-traumatique due à la pandémie du Covid-19, nous avons formulé plusieurs hypothèses.

1^{ère} hypothèse : selon plusieurs auteurs, être porteur d'une difficulté psychologique constituerait un facteur de risque de développer une détresse péri-traumatique plus importante.

Nous formulons alors l'hypothèse que, à cause de leurs vulnérabilités, les patients qui sont atteints de difficultés psychologiques et donc, qui fréquentent les centres de réadaptation fonctionnelle en vue de leurs démarches de réinsertion professionnelle ont une détresse péri-traumatique plus importante que notre groupe contrôle.

2^{ème} hypothèse : selon Bonano (2004), plus un individu est résilient, plus celui-ci se sent capable de maintenir un fonctionnement physique et psychique stable après un trauma. Les individus résilients ont donc moins de risque de développer un stress post-traumatique.

En considérant que la détresse péri-traumatique peut prédire la venue du symptôme de stress post-traumatique, nous formulons l'hypothèse suivante : **Plus un individu est résilient, moins il présente de risque de développer une détresse péri-traumatique.**

3^{ème} hypothèse : Le syndrome psychotraumatique entraîne une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel et affectif (Louville et Salmona, 2013). Il semble donc tout à fait probable de considérer que la détresse psychologique altère les démarches d'(ré)insertion professionnelle.

Nous formulons alors l'hypothèse selon laquelle plus la détresse péri-traumatique sera importante, plus l'évaluation des obstacles perçus sera lourde. Et aussi, plus la détresse sera importante, moins les sujets seront motivés à l'emploi.

D'autres sous-hypothèses ont également été formulées en fonction des données sociodémographiques. La première concerne les personnes isolées, facteur de risque de développement d'un TSPT selon Liu et al., (2021). Nous posons donc la sous-hypothèse selon laquelle ***les personnes vivant seules présentent une détresse péri-traumatique plus élevée que le reste de l'échantillon***. Ensuite, être une femme présente également un risque. Enfin, un faible niveau d'éducation constitue également un facteur de risque. Nous formulons alors l'hypothèse suivante : « ***Les femmes ainsi que les personnes ayant un faible niveau d'éducation présentent une détresse péri-traumatique plus sévère que le reste de l'échantillon*** ».

MÉTHODOLOGIE

1. Recrutement

1.1. CRF

1.1.1. *L'Ancre*

L'Ancre est, en réalité, un centre de revalidation psycho-social (CRP) pour adultes développé par l'AIGS (Association Interrégionale de Guidance et de Santé). Bien que ce dernier ne soit pas considéré comme un centre de réadaptation fonctionnelle en tant que tel, il poursuit cependant les mêmes objectifs. En effet, ce dernier vise à la restauration du fonctionnement psychosocial avec pour finalité l'insertion de la personne sur divers plans. Premièrement au niveau de l'habitat, l'objectif est que l'utilisateur puisse vivre de manière autonome et gratifiante dans son cadre de vie. Deuxièmement sur le plan du travail, le but est d'accompagner l'utilisateur vers une (ré)insertion professionnelle. En effet, il convient d'aider l'individu à (re)prendre un rôle actif au sein de la société. Finalement, sur le plan social, le centre s'engage à accompagner l'utilisateur dans son insertion sociale.

Quant à la population fréquentant le CRP, ce dernier accueille toute personne présentant des difficultés d'adaptation et d'insertion psychosociale à la suite d'importants problèmes psychologiques.

L'Ancre se situe à Oupeye et est ouvert sans interruption du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. Il est agréé par l'INAMI, le coût est entièrement pris en charge par la mutuelle pour les usagers dits VIPO (veufs, orphelins, invalides et pensionnés). Concernant le reste de la population, un ticket modérateur d'1,48 euros est demandé par jour de revalidation.

Les journées de prise en charge varient d'un à cinq jours par semaine, à raison de 8h par jour en fonction du projet poursuivi et selon la durée du suivi.

1.1.2. *Club André Baillon*

Ce CRF se trouve à Liège. Le centre de réadaptation fonctionnelle André Baillon diffère des autres par la durée de la prise en charge. En effet, ici, la durée minimum est de 6 mois et celle-ci peut aller jusqu'à 2 ans. De plus, une fréquentation minimale de 12h, à savoir 2 journées par semaine, est exigée. Ce club accueille quotidiennement une dizaine d'adultes. Il n'appartient pas à l'AIGS et se situe à Liège.

Celui-ci se décrit comme un lieu où chacun se construit dans un contexte convivial et soutenant. Il accompagne les usagers à (re)découvrir leurs potentialités, à savoir utiliser leurs ressources et ainsi élaborer un projet de (ré)insertion socio-professionnelle.

Notons également que ce centre propose davantage d'activités. Parmi elles, il y a des ateliers de photographie ou d'art plastique, l'accès à un cybercentre et des modules d'initiation à l'informatique, des ateliers de cuisine et leur table d'hôtes. Outre les ateliers précédemment cités, ce club propose des activités sportives, de détente et de relaxation, des sorties culturelles ainsi que divers groupes de discussion. Il convient aussi d'insister sur le fait qu'une grande importance est accordée aux ressources relationnelles encore actives au sein du réseau de l'utilisateur. Celles-ci sont d'ailleurs invitées de manière récurrente à participer à des entretiens.

La fréquentation est couverte par la mutuelle (sauf ticket modérateur).

1.1.3. *Le Maillet*

Ce centre a son siège à Beyne-Heusay et accueille une trentaine d'adultes du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30. Il appartient à l'AIGS.

1.1.4. *L'Intervalle*

Tout comme le Maillet et l'Ancre, l'Intervalle appartient à l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS). Il se situe à Herstal et accueille une vingtaine d'adultes tous les jours de 8h30 à 17h, excepté le week-end.

1.2. Populations

1.2.1. *Population contrôle*

Le groupe de référence est constitué de demandeurs d'emploi. Accompagnés par le FOREM, ceux-ci sont actuellement inscrits à des ateliers de job coaching.

Le job coaching vise à réaliser un accompagnement complet à l'attention de toute personne désirant stimuler sa/son (ré)insertion professionnelle.

À l'aide d'un ou d'une job coach, les candidats développent un plan d'accompagnement permettant d'individualiser le suivi et ainsi, offrir une aide personnalisée. Les candidats élaborent un projet lié à leur (ré)insertion professionnelle et sont ensuite accompagnés pour atteindre leurs objectifs et ce, pour une durée de 2 à 12 mois.

1.2.2. *Population étudiée*

La population étudiée dans le cadre de cette étude est celle fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle.

Celle-ci se compose de personnes présentant des troubles psychologiques ou des problèmes psychosociaux importants faisant obstacle à la vie autonome, à l'intégration professionnelle ou encore à l'élaboration d'un projet de vie.

Cette population fragilisée se présente dans ces centres afin de s'(ré)insérer dans la vie professionnelle. Ensemble, avec le personnel aidant, ils établissent un projet professionnel et, outre l'accompagnement individuel, participent à des ateliers permettant d'outrepasser les obstacles qui freinent leurs objectifs.

2. Outils d'analyse

2.1. Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire vise à recueillir des informations personnelles, tout en respectant l'anonymat, afin de pouvoir classer les participants selon diverses catégories.

Il se compose de 13 questions à choix multiples. La passation de celui-ci dure approximativement 7 minutes.

Vous les trouverez en annexe 3.

2.2. Peritraumatic Distress Inventory – PDI (Brunet et al., 2001)

Il s'agit d'une échelle qui permet de mesurer la présence du critère A de ESPT selon le DSM-IV et donne un indicateur de gravité psychopathologique d'un évènement traumatogène. Elle évalue deux facteurs. Le premier concerne les émotions dysphoriques et le deuxième, la perception d'une menace vitale.

Elle se compose de 13 items cotés selon une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score maximal est donc de 52.

Un score de 14 ou plus identifierait les personnes qui sont à risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Les qualités psychométriques de cet outil sont très bonnes. Cette échelle a une consistance interne élevée ainsi qu'une très bonne fidélité test-retest. Il possède également une bonne validité divergente et convergente. De plus, le score obtenu à cette échelle est corrélé avec deux mesures de stress post- traumatique.

Cette échelle mesure deux facteurs. Le premier est les émotions dysphoriques et le deuxième, la perception d'une menace vitale.

Vous le trouverez en annexe 4.

2.3. Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003)

Ce questionnaire auto-rapporté évalue plusieurs facteurs de protection concourant à la résilience. Ces facteurs sont le sentiment d'efficacité personnelle, la tolérance à l'égard de l'affect négatif, la capacité d'adaptation et d'acceptation à l'égard des changements ainsi que la perception du soutien social reçu.

Il se compose de 25 items cotés selon une échelle de Likert allant de 0 « pas du tout » à 4 « pratiquement tout le temps ».

Les scores obtenus à ce questionnaire varient de 0 à 100. Plus le score sera élevé, plus la résilience est importante. Notons également que la moyenne dans la population est de 77.1 (avec un écart-type de 16.3) pour les femmes et de 77.2 (avec un écart-type de 14.2) pour les hommes.

Cet outil possède de bons indices psychométriques et, notamment, une validité concurrente adéquate. Il possède également une bonne consistance interne ainsi qu'une fidélité test-retest élevée.

Vous le trouverez en annexe 5.

2.4. Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité à les Surmonter - OITES (Corbière et al., 2002)

Ce questionnaire vise l'évaluation des obstacles perçus lors d'une insertion au travail ainsi que l'évaluation du sentiment d'efficacité pour les surmonter.

Il se compose de 57 items et est conçu sous la forme de deux questions (A et B), dont la seconde découle de la réponse faite à la première. En premier lieu, il est demandé au participant de répondre à la question suivante : « Dans votre situation actuelle, cette raison (un des 57

obstacles) peut-elle représenter un obstacle à votre insertion au travail ? ». Les choix de réponses s'échelonnent sur une échelle de Likert en 7 points, de 1 : « pas du tout probable » à 7 : « tout à fait probable ». Si le participant donne une réponse supérieure à 1 à cette échelle (c'est-à-dire que la raison représente un obstacle probable), il est invité à répondre à une seconde question qui est : « Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ? ». Les choix de réponses se situent sur une échelle de Likert en 7 points, de 1 : « pas du tout capable » à 7 : « tout à fait capable ».

Dans le cadre de ce mémoire, seule l'évaluation des obstacles perçus lors de l'insertion professionnelle sera utilisée, à savoir la question A.

Cet outil possède de bonnes qualités psychométriques. Le temps de passation du questionnaire est, approximativement, de 30 minutes.

Vous le trouverez en annexe 6.

2.5. Questionnaire de motivation à l'emploi

Ce questionnaire évalue la motivation d'un sujet à trouver un emploi. Il se compose de 7 items à situer sur une échelle de Likert allant de 1 « complètement en désaccord » à 7 « complètement en accord ».

Vous le trouverez en annexe 7.

3. **Déroulement de l'étude**

3.1. Recrutement

3.1.1. *Groupe contrôle*

Le recrutement de nos candidats s'est déroulé début juillet 2021. Pour ce faire, Madame Herroudi, job coach chez Daoust, a envoyé un courriel à tous les candidats wallons actuellement inscrits en formation chez eux. Ce courriel contenait un petit texte explicatif ainsi

que la lettre d'information aux participants et le consentement éclairé afin que ceux-ci puissent avoir une idée du déroulement de la recherche. Il était bien stipulé que toute participation était volontaire et si ceux-ci se trouvaient intéressés, ils pouvaient nous envoyer leurs coordonnées par email. Nous avons également insisté sur le fait que Madame Herroudi, n'aurait en aucun cas accès aux résultats individuels des sujets. Une fois le nombre de sujets nécessaire (22) atteint, nous avons contacté les candidats individuellement afin d'organiser les testings.

Ceux-ci se sont organisés dans les locaux de Daoust, par groupe de 5 personnes sauf pour le dernier groupe qui se composait de 7 sujets. Le tout s'est déroulé dans le respect des règles sanitaires. Les durées des testings s'articulent autour d'une heure et demie.

3.1.2. Groupe étudié

Afin de recruter notre population d'intérêt, nous avons contacté plusieurs centres de réadaptation fonctionnelle. Tous n'étaient malheureusement pas disponibles, ce qui explique la pauvreté de l'échantillon.

Lorsqu'un centre nous donnait une réponse positive, nous nous rendions sur place afin d'organiser les administrations de questionnaires. Pour ce faire, une feuille explicative était affichée dans le sas du centre proposant la participation à cette recherche. La recherche a été présentée comme un atelier, libre d'accès. Si les usagers étaient intéressés ils pouvaient s'y inscrire en marquant leur nom à côté de la plage horaire leur correspondant le mieux.

L'administration des questionnaires a donc eu lieu au sein de différents centres (3) sous forme d'un atelier de 2 heures par groupe de 6 sujets. Dans le dernier centre, compte tenu d'un moindre nombre de sujets intéressés, nous avons animé l'atelier qu'avec 4 sujets. Aucun des sujets n'a dépassé le temps imparti.

4. Considérations éthiques

Le code de déontologie des psychologues belges (2004) a été respecté ainsi que ses principes fondamentaux tels que le respect des droits et de la dignité de la personne, la compétence, la responsabilité et l'intégrité.

Nous avons veillé à respecter la personne et ses propres valeurs morales, sans aucune discrimination. Chaque candidat a reçu les informations nécessaires à la compréhension du sujet de l'étude et a été informé de l'objectif poursuivi. Un formulaire de consentement éclairé a été signé par chaque candidat.

Tous les participants ont été mis au courant de leur droit d'interrompre leur participation à tout moment de l'étude. La confidentialité des données ainsi que l'anonymat des sujets a été respectée avec la plus grande rigueur.

En annexe 8, vous trouverez l'attestation d'assurance. En annexe 9, vous trouverez le formulaire de consentement éclairé ainsi que les lettres d'information aux participants et institutions.

ANALYSE DES DONNÉES ET RÉSULTATS

Toutes les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel SPSS Statistics (Version 23.0.0). À noter que le seuil de signification a été fixé à $p=0,05$, et ce, pour l'ensemble des analyses ci-dessous.

1. Échantillon

L'effectif total se compose de 44 sujets volontaires ($N=44$). Tous sont demandeurs d'emploi et sont accompagnés dans leurs démarches d'(e) (ré)insertion.

L'effectif total est divisé en deux échantillons établis selon la présence ou non de difficultés psychologiques et respectivement composés de 22 sujets. Ainsi, ceux présentant des difficultés psychologiques fréquentent les CRF et ceux du groupe contrôle, c'est-à-dire ne présentant aucune difficulté psychologique, fréquentent la formation « Job coaching » auprès de l'entreprise Daoust.

Tous les participants sont allés jusqu'au bout de l'étude.

1.1. Données sociodémographiques

Grâce aux questionnaires sociodémographiques, nous pouvons observer que l'échantillon se compose de 25 femmes et 19 hommes. 15 sujets ont entre 18 et 30 ans, 12 entre 31 et 40 ans, 12 entre 41 et 50 ans et enfin, 5 ont entre 51 et 60 ans. De plus, il y a 24 célibataires, deux divorcés et une personne séparée. Quant aux 17 autres, 7 sont mariés et 10 sont en couple. La majorité est au chômage ($n=33$) et 11 sont en arrêt maladie. Il peut encore être précisé que 15

personnes vivent seules et que le reste des personnes participant à l'étude est accompagné, soit par leurs parents, soit par leurs enfants et/ou encore par leur compagn(e)on. Finalement, au niveau du plus haut diplôme reçu, 7 sujets ont le CEB, 19 le CESS, 12 sont bacheliers, 3 sortent d'une formation manuelle et 3 ont un master.

Aucun d'entre eux n'a développé le Covid-19.

En annexe 10, vous trouverez les tableaux de fréquence pour chaque donnée socio-démographique.

2. Statistiques descriptives

2.1. Effectif total

2.1.1. *PDI*

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
PDI	44	,00	25,00	10,4545	7,51264	56,440
N valide (liste)	44					

Tableau 1 : Statistiques descriptives - PDI (Effectif total)

Le score moyen de l'effectif total au PDI est de 10,45, ceci ne traduit pas une détresse significative. Cependant, au sein de l'échantillon total de demandeurs d'emploi, on retrouve que 13 sujets témoignent d'une détresse significative, cela correspond à 29,55 %.

2.1.2. *OITES*

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
OITES	44	58,00	182,00	119,0682	34,11840	1164,065
N valide (liste)	44					

Tableau 2 : Statistiques descriptives - OITES (Effectif total)

Le score moyen est de 119,06. Cela correspond à un score moyen.

2.1.3. Motivation

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
MOTIVATION	44	17,00	49,00	39,1136	8,65949	74,987
N valide (liste)	44					

Tableau 3 : Statistiques descriptives - Motivation (Effectif total)

Le score maximum étant de 49, ce score moyen de 39 traduit d'une bonne motivation à trouver un emploi.

2.1.4. CD-RISC

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
CDRISC	44	38,00	93,00	64,6136	12,27252	150,615
N valide (liste)	44					

Tableau 4 : Statistiques descriptives - CD-RISC (Effectif total)

Ce score moyen de 64,61 traduit d'une résilience moyenne plus faible que celle de la population générale (77,15).

2.2. Groupe étudié

2.2.1. PDI

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
PDI	22	6,00	25,00	14,7727	6,40633	41,041
N valide (liste)	22					

Tableau 5 : Statistiques descriptives - PDI (Groupe étudié)

Le score moyen au PDI est de 14,77, ce score étant plus grand que 14, il traduit une détresse significative.

2.2.2. OITES

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
OITES	22	64,00	182,00	130,8182	33,31757	1110,061
N valide (liste)	22					

Tableau 6 : Statistiques descriptives - OITES (Groupe étudié)

Ce score moyen de 130,81 est moyennement élevé. Il traduit d'une évaluation des obstacles conséquente.

2.2.3. Motivation

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
MOTIVATION	22	17,00	49,00	36,3182	9,34720	87,370
N valide (liste)	22					

Tableau 7 : Statistiques descriptives - Motivation (Groupe étudié)

Ce score moyen de 36,12 traduit d'une motivation moyenne à rechercher un emploi.

2.2.4. CD-RISC

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Variance
CDRISC	22	44,00	81,00	60,2273	12,01559	144,374
N valide (liste)	22					

Tableau 8 : Statistiques descriptives - CD-RISC (Groupe étudié)

Ce score moyen de 60,23 est en dessous de la moyenne de la population générale. Comme vous pourrez le voir en annexe 11.1, les femmes de ce sous-groupe ont comme score moyen de

64,64. Or, dans la population générale la moyenne est de 77,1. Les hommes possèdent également une moyenne inférieure à celle de la population générale à savoir 64,58 contre 77,2.

2.3. Groupe contrôle

2.3.1. *PDI*

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
PDI	22	,00	21,00	6,1364	5,95455
N valide (liste)	22				

Tableau 9 : Statistiques descriptives - PDI (Groupe contrôle)

Concernant le groupe contrôle, la moyenne de 6,13 ne traduit pas de détresse significative. Au sein de ce sous-groupe, 3 sujets ont un score traduisant une détresse significative. Cela équivaut à 13,63 % (n=22).

2.3.2. *OITES*

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
OITES	22	58,00	173,00	107,3182	31,37240
N valide (liste)	22				

Tableau 10 : Statistiques descriptives - OITES (Groupe contrôle)

L'évaluation des obstacles perçus lors de l'insertion professionnelle est plus basse que pour les sujets présentant des difficultés psychologiques. Ce score moyen ne représente pas une évaluation des obstacles importante.

2.3.3. Motivation

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
MOTIVATION	22	21,00	49,00	41,9091	7,05697
N valide (liste)	22				

Tableau 11 : Statistiques descriptives - Motivation (Groupe contrôle)

Ce score moyen de 41,9 traduit une très haute motivation à trouver un emploi. Celle-ci est d'ailleurs plus haute que celle du groupe présentant des difficultés psychologiques. Ce score est plus élevé que pour le groupe présentant des difficultés psychologiques (36,32).

2.3.4. CD-RISC

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
CDRISC	22	38,00	93,00	69,0000	11,12269
N valide (liste)	22				

Tableau 12 : Statistiques descriptives - CD-RISC (Groupe contrôle)

Ce score moyen de 69 est également inférieur à la moyenne de la population (77,15). Il est cependant plus haut que le score moyen (60,23) du groupe présentant des difficultés psychologiques.

2.4. Test de normalité

	CRF	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
PDI	Non	,215	22	,009	,846	22	,003
	Oui	,154	22	,187	,912	22	,052
OITES	Non	,221	22	,006	,938	22	,183
	Oui	,140	22	,200 [*]	,929	22	,116
MOTIVATION	Non	,157	22	,165	,873	22	,009
	Oui	,126	22	,200 [*]	,915	22	,059
CDRISC	Non	,208	22	,014	,907	22	,041
	Oui	,142	22	,200 [*]	,929	22	,116

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors.

Tableau 13 : Test de normalité

Selon le test de Shapiro-Wilk utilisé pour tester la normalité des échantillons, plus petits ou égaux à 50 sujets, au sein du groupe contrôle, le PDI, le CD-RISC ainsi que le test de motivation ne présentent pas de distribution gaussienne.

Concernant le groupe étudié, nous observons une distribution gaussienne pour tous les tests effectués.

L'OITES, quant à lui, présente une distribution normale et ce, au sein des deux échantillons.

3. Résultats

Au travers de ce point 3., nous développons ci-dessous les résultats obtenus pour nos 4 hypothèses de recherche.

3.1. Difficultés psychologiques et traumatismes

Pour rappel, il a été demandé aux participants d'évaluer l'impact traumatique de la crise liée au Covid-19 à l'aide de l'échelle de détresse péri-traumatique (Brunet et al., 2001)

Selon la littérature, les personnes affectées par des troubles psychologiques présentent une détresse péri-traumatique plus importante que le reste de la population. L'une de nos hypothèses repose donc sur le fait que la moyenne des scores au PDI chez les sujets fréquentant les CRF est significativement plus élevée que pour ceux ne présentant pas de troubles psychologiques. Il convient donc de comparer les moyennes de ces deux groupes.

Pour ce faire, en considérant le caractère anormal de nos données, nous avons réalisé un test U de Mann-Whitney d'échantillons indépendants.

$$H_0 = U_1 = U_2 \quad H_1 = U_1 \neq U_2$$

Récapitulatif du test d'hypothèse				
	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de PDI est identique sur les catégories de CRF.	Test U de Mann-Whitney d'échantillons indépendants	,000	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

Tableau 14 : Test U de Mann-Whitney – PDI et CRF

Nous pouvons donc confirmer que les moyennes des deux groupes sont significativement différentes. Pour rappel, les moyennes respectives du groupe présentant des difficultés psychologiques et du groupe contrôle sont 14,77 et 6,14.

Ainsi, il semble raisonnable d'affirmer que les difficultés psychologiques influencent la détresse péri-traumatique.

3.2. Résilience et détresse péri-traumatique

La deuxième hypothèse stipule que : « Plus un individu est résilient, moins il présente de risque de développer une détresse péri-traumatique. ».

Afin de tester cette hypothèse, nous avons eu recours à une régression linéaire pour identifier une éventuelle relation.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,198 ^a	,039	,016	7,45055

a. Prédicteurs : (Constante), CDRISC

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	95,458	1	95,458	1,720	,197 ^b
Résidu	2331,451	42	55,511		
Total	2426,909	43			

a. Variable dépendante : PDI

b. Prédicteurs : (Constante), CDRISC

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	18,299	6,087		3,006	,004
CDRISC	-,121	,093	-,198	-1,311	,197

a. Variable dépendante : PDI

Tableau 15 : Régression linéaire - CD-RISC et PDI

La valeur p étant plus grande que 0,05, nous ne pouvons affirmer que les changements dans la valeur du prédicteur sont liés à des changements dans la variable de réponse.

Plus précisément, les changements dans le CD-RISC ne sont pas associés à des changements dans le PDI. Dans ce cas-ci, la résilience ne constitue pas un facteur de protection, du moins concernant l'effectif total.

Ces résultats sont également valables lorsque l'on analyse l'influence de la résilience au sein des deux groupes pris séparément. Vous trouverez ces résultats en annexe 11.2. En annexe 11.3, vous trouverez également la corrélation de Spearman entre le CD-RISC et le PDI pour l'effectif total.

3.3. Détresse péri-traumatique et insertion professionnelle

Finalement, notre dernière hypothèse postule que le Covid-19, et surtout son impact traumatique, ont une incidence négative sur l'(a) (ré)insertion professionnelle, et ce, peu importe le groupe d'appartenance.

Afin de tester cette hypothèse, nous avons eu recours à une régression linéaire afin d'identifier une éventuelle relation ainsi qu'une corrélation de Spearman pour affiner le sens de cette éventuelle relation.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,361 ^a	,130	,109	32,19809

a. Prédicteurs : (Constante), PDI

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	6512,681	1	6512,681	6,282	,016 ^b
Résidu	43542,115	42	1036,717		
Total	50054,795	43			

a. Variable dépendante : OITES

b. Prédicteurs : (Constante), PDI

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	101,942	8,382		12,163	,000
PDI	1,638	,654	,361	2,506	,016

a. Variable dépendante : OITES

Tableau 16 : Régression linéaire - OITES et PDI

La valeur de p (0,016) étant plus petite que 0,05, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle. Nous pouvons donc affirmer que des changements dans le score au PDI entraînent des changements dans le score à l'OITES.

Dès lors que la notion de relation est établie, il est important de l'affiner. Pour ce faire, nous avons réalisé une corrélation de Spearman.

Corrélations

			PDI	OITES
Rho de Spearman	PDI	Coefficient de corrélation	1,000	,384 [*]
		Sig. (bilatéral)	.	,010
		N	44	44
	OITES	Coefficient de corrélation	,384 [*]	1,000
		Sig. (bilatéral)	,010	.
		N	44	44

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Tableau 17 : Corrélation de Spearman - OITES et PDI

Le p (0,010) étant inférieur à 0,05, nous pouvons dire que la corrélation est significative. Notons également que l'indice de corrélation est positif. Cela signifie que les scores ont tendance à augmenter et/ou diminuer ensemble. Plus la détresse péri-traumatique sera importante, plus l'évaluation des obstacles perçus lors de l'(a) (ré)insertion socioprofessionnelle sera lourde.

Nous partons du principe que la détresse péri-traumatique ainsi que le score à l'évaluation des obstacles perçus influent sur la motivation à rechercher un emploi.

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	PDI ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : MOTIVATION

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,106 ^a	,011	-,012	8,71269

a. Prédicteurs : (Constante), PDI

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	36,168	1	36,168	,476	,494 ^b
Résidu	3188,263	42	75,911		
Total	3224,432	43			

a. Variable dépendante : MOTIVATION

b. Prédicteurs : (Constante), PDI

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	40,390	2,268		17,808	,000
PDI	-,122	,177	-,106	-,690	,494

a. Variable dépendante : MOTIVATION

Tableau 18 : Régression linéaire - PDI et motivation

La valeur p (0,494) étant plus grande que 0,05, nous ne pouvons affirmer que les changements dans la valeur du prédicteur sont liés à des changements dans la variable de réponse.

Plus précisément, les changements dans le PDI ne sont pas associés à des changements dans le test de motivation.

Ce n'est pas non plus le cas du score à l'OITES. Comme vous pouvez le voir dans le tableau ci-dessous, l'indice de régression n'est pas significatif.

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	OITES ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : MOTIVATION

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,067 ^a	,005	-,019	8,74219

a. Prédicteurs : (Constante), OITES

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	14,548	1	14,548	,190	,665 ^b
Résidu	3209,884	42	76,426		
Total	3224,432	43			

a. Variable dépendante : MOTIVATION

b. Prédicteurs : (Constante), OITES

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	41,144	4,836		8,508	,000
OITES	-,017	,039	-,067	-,436	,665

a. Variable dépendante : MOTIVATION

Tableau 19 : Régression linéaire - OITES et motivation

3.4. Effets des différentes variables sociodémographiques sur la détresse péri-traumatique

Récapitulatif du test d'hypothèse				
	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de PDI est identique sur les catégories de Genre.	Test U de Mann-Whitney d'échantillons indépendants	,915	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

Tableau 20 : Test U de Mann-Whitney - PDI et genre

Afin de tester s'il y a une différence de moyenne significative entre les hommes et les femmes, nous avons utilisé un test U de Mann-Whitney. Celui-ci étant non significatif, nous ne pouvons affirmer que le genre a un effet sur le score au PDI.

Récapitulatif du test d'hypothèse				
	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de PDI est identique sur les catégories de niveau duc.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,119	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

Tableau 21 : Test de Kruskal-Wallis - PDI et niveau d'éducation

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de PDI est identique sur les catégories de Logement.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,592	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

Tableau 22 : Test de Kruskal-Wallis - PDI et type de logement

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de PDI est identique sur les catégories de statut social.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,658	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

Tableau 23 : Test de Kruskal-Wallis - PDI et statut social

En considérant que l'hypothèse de normalité a été violée et qu'il y a plus de deux sous-groupes à comparer, nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants afin de voir s'il y avait une différence de moyenne entre les sous-groupes. Comme indiqué dans les tableaux ci-dessus, aucun effet n'a été décelé.

Nous pouvons donc en conclure que ni le niveau d'éducation, ni le statut social ou encore le fait de vivre seul ou non n'ont d'influence sur les scores au PDI.

DISCUSSION

Dans cette dernière partie, nous comparerons, tout d'abord, les résultats obtenus avec nos hypothèses de recherche. Dans un deuxième temps, nous aborderons les forces et les limites de cette étude et, enfin, nous conclurons avec des propositions pour de futures recherches éventuelles.

1. Première hypothèse : détresse péri-traumatique et population fragilisée

La pandémie de coronavirus aura un impact "à long terme" sur la santé mentale des populations, a averti l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021).

Selon nos recherches et nos analyses statistiques concernant la détresse péri-traumatique, les propos de l'OMS se confirment.

La détresse péri-traumatique renvoie aux réactions immédiates ou post-immédiates à la suite d'un événement potentiellement traumatique (Brunet et al., 2001). Elle se caractérise par des sentiments de peur, d'horreur et d'impuissance (Bui et al., 2010), par des sentiments de tristesse, de colère, de honte et des sensations physiques désagréables ainsi que par un sentiment de menace vitale (Vaiva et al., 2008).

La Peritraumatic Distress Inventory – PDI (Brunet et al., 2001) a été utilisé car la détresse péri-traumatique est un bon indicateur du risque de développer un état de stress post-traumatique ainsi que la sévérité psychopathologique d'un événement traumatisant.

Au moment de l'étude, en juillet 2021, 45,45 % de notre échantillon « CRF » qui comporte 22 sujets, présentaient une détresse péri-traumatique significative. Ce pourcentage, bien que peu surprenant, n'en est pas moins inquiétant.

De plus, la moyenne du groupe CRF est significativement plus élevée (14,77) que celle du groupe contrôle (6,14) (annexe 11.4).

Ces résultats sont cohérents avec ceux des études précédentes qui concluaient que présenter des troubles mentaux/difficultés psychologiques est un facteur de risque de détresse péri-traumatique (Yoon, You, Shon, 2021).

Tentons maintenant, d'expliquer ces résultats à l'aide de la littérature.

Il est clair qu'un consensus existe sur les conséquences sociales des troubles psychiques. Souvent, ils entraînent une diminution de l'autonomie ainsi qu'une entrave à la vie sociale et professionnelle (Anesm, 2014). Les personnes souffrant de troubles psychiques sont donc plus isolées que le reste de la population car elles côtoient un cercle plus restreint. Or, l'absence de support social joue un rôle crucial dans l'élaboration d'un événement stressant et le développement de la détresse péri-traumatique associée à celui-ci.

Ces personnes vulnérables qui recevaient déjà moins de support que le reste de la population se sont retrouvées du jour au lendemain, livrées à elles-mêmes. En effet, les CRF, centres dans lesquels elles bénéficiaient le plus de support social, ont dû fermer leur porte en mars 2020, et ce pour 2 mois. À la suite de cette fermeture abrupte, des mesures d'accompagnement et de soutien virtuel ont été mises en place. Cependant, il a été prouvé que le support virtuel est moins bénéfique pour la santé physique et mentale que le contact en face à face (Olson, 2020).

La réouverture des centres n'a cependant pas permis une reprise à l'identique. D'une part, le nombre de personnes pouvant être présentes aux CRF s'est vu diminué parfois de moitié et, d'autre part, les jours de fréquentation par personne sont passés de 5 à 2 jours par semaine.

Bien qu'elles aient retrouvé un contact direct, il est biaisé car les masques cachent les sourires chaleureux et entravent la reconnaissance des uns et des autres. De plus, le support qu'elles recevaient avant le Covid-19 s'est vu aussi diminué de moitié.

Une autre piste explicative repose sur le fait que les personnes provenant d'un niveau socio-économique bas, sont plus à risque de développer un TSPT (Kinsie, 1994).

Or, les sujets de notre échantillon doivent vivre avec des revenus limités. En effet, ils sont sans emploi et perçoivent soit des allocations de chômage ou pour les personnes handicapées (aussi appelées indemnités « Vierge Noire »), soit des indemnités de mutuelle ou un revenu d'insertion versé par le CPAS.

Notons également que le groupe CRF a une résilience plus faible (moyenne = 60,23) que notre groupe contrôle (moyenne = 69) (annexe 11.5). Or, la résilience est un processus qui traduit les capacités d'adaptation d'un individu. Les sujets présentant des difficultés psychologiques connaissent parfois des difficultés d'adaptation. Cela pourrait également expliquer l'impact traumatique des règles sanitaires lié à la pandémie de Covid-19. Du moins, c'est une hypothèse à vérifier.

2. Deuxième hypothèse : Effet de la résilience sur la détresse péri- traumatique.

Il y a résilience lorsque les facteurs de protection prennent le dessus sur les facteurs de vulnérabilité et permettent de tempérer le danger de désorganisation psychique et, donc, d'atténuer l'impact du traumatisme (Cyrulnik, 2017). Plus un individu sera résilient, plus il sera protégé face à un événement potentiellement traumatisant (Blavier, 2016). Pour rappel, la résilience est : *« un processus dynamique et actif qui non seulement permet au sujet de faire face aux situations délétères mais de s'enrichir secondairement de cette rencontre avec les difficultés qui lui confère un potentiel de facteurs de protection mobilisables ultérieurement. »* (Anaut, 2002). Une haute résilience résulte de la mise en place de mesures défensives et adaptatives face aux contextes traumatogènes et est l'indice de bonnes capacités à s'intégrer socialement (Anaut, 2002). De plus, elle permet une meilleure élaboration du trauma.

Nous posons donc l'hypothèse selon laquelle : « Plus un individu est résilient, moins il présente de risque de développer une détresse péri-traumatique. ».

Cependant, d'après nos analyses statistiques, des changements dans le taux de résilience n'entraînent pas de changement au score du PDI. Dans ce cas-ci, nous ne pouvons donc confirmer notre hypothèse.

Dans cette étude, quel que soit l'échantillon, la résilience (moyenne = 64,61) a tendance à être basse lorsqu'on la compare avec celle de la population (moyenne = 77,15). Elle est, par ailleurs, significativement plus faible au sein de l'échantillon présentant des troubles psychiques (moyenne = 60,23 contre 69 au sein du groupe contrôle).

Comme le psychologue Samuel Dock l'a évoqué : « *Certains patients qui avaient été très résilients lors du premier confinement le sont désormais beaucoup moins. Les ressources trouvées lors de la première vague deviennent plus difficilement accessibles aujourd'hui* » (2020). Ce score de résilience plutôt bas peut être expliqué par le fait que les patients sont arrivés au bout de leurs ressources. Ce chiffre met donc en lumière les effets « bombes à retardement » du Covid-19.

En analysant de plus près les scores aux différents items, nous pouvons mettre en avant que les facteurs : « contrôle émotionnel et cognitif sous la pression » ainsi que « contrôle/sens » ont les scores les plus bas pour l'effectif total. Le premier facteur correspond à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress. Le deuxième quant à lui, renvoie au sentiment de contrôle.

Lorsque nous analysons les scores aux items pour le groupe présentant des difficultés psychologiques, nous rajoutons le facteur « la ténacité et le sens de l'efficacité personnelle » faisant référence à la compétence personnelle, à un niveau d'exigence élevé et à la ténacité.

Même si, dans ce cas-ci, la résilience ne semble pas influencer la détresse péri-traumatique, une bonne résilience facilite le processus de réhabilitation et la (re)mise au travail. Il semble, dès lors, essentiel de travailler la résilience afin de tenter d'augmenter celle-ci.

3. Troisième hypothèse : Influence de la détresse péri-traumatique sur l'(a) (ré)insertion professionnelle

3.1. OITES

À ce jour, il n'existe que très peu de littérature alliant la détresse péri-traumatique à l'(a) (ré)insertion professionnelle.

Selon Creed et al. (2009), le fait d'être sans emploi est un prédicteur significatif de la détresse psychologique.

Dans cette étude, nous avons essayé de voir comment la détresse péri-traumatique influençait l'évaluation des obstacles liés à l'(a) (ré)insertion professionnelle. Notre analyse statistique a montré que des changements dans le score au PDI entraînent des changements dans le score à l'OITES.

Il existe entre les deux tests une corrélation significative positive de 0,384. Cela signifie que les deux tests augmentent et diminuent ensemble. Plus le score au PDI sera élevé, plus le score à l'OITES le sera également.

La détresse péri-traumatique a donc un impact négatif sur l'(a) (ré)insertion professionnelle.

Notons également que le score moyen des sujets « CRF » à l'OITES est significativement plus élevé que celui de notre groupe contrôle ($t = 2,409$ et $p = 0,02$) (annexe 11.6).

Ce résultat n'est pas étonnant. De nombreux auteurs ont souligné que les personnes atteintes de troubles mentaux graves pouvaient rencontrer plus de difficultés lors de leur insertion au travail.

Selon Mercier et al. (1999), ces difficultés sont liées à la stigmatisation des personnes, à la conjoncture socio-économique du marché du travail et aux modalités et structures des programmes gouvernementaux et de réadaptation.

Nous savons que pour notre groupe cible, à savoir ceux qui présentent des difficultés psychologiques, la réintégration dans le circuit de travail (normal) est un facteur essentiel dans le processus de rétablissement.

Pour ces personnes, le travail est non seulement indispensable pour subvenir à leurs besoins, mais il détermine également leur statut social, leur identité et l'image qu'elles ont d'elles-mêmes.

En effet, l'exercice d'un travail représente non seulement des gains économiques conséquents, mais également un point d'ancrage important pour la réadaptation des personnes présentant des difficultés psychologiques (Jacobs, 1991 ; Phillips et Biller, 1993 ; Scheid et Anderson, 1995).

Pour illustrer ce propos, considérons une étude de McCrohan et al. (1994) qui ont posé la question ouverte suivante : « Comment un emploi change votre vie ? ». À celle-ci, 207 personnes (68 %) répondent que le travail change leur vie pour le mieux, 76 (26 %), qu'il ne crée aucun changement et 21 (7 %) qu'il entraîne des changements négatifs ou mitigés. Pour la majorité des sujets, le travail apparaît dès lors comme bénéfique.

Il semble donc essentiel de marquer un point d'attention sur le traitement de la détresse péri-traumatique afin que celle-ci ne soit plus source d'une évaluation des obstacles à l(a)'(ré)insertion professionnelle plus élevée et ainsi, que les usagers puissent se concentrer sur l'obtention d'un emploi.

3.2. Motivation

Ribeiro (1999) souligne qu'une faible motivation fait partie des facteurs internes faisant obstacle à l(a)'(ré)insertion professionnelle. Or, dans cette étude, la motivation n'impacte pas les scores à l'OITES. De plus, selon nos analyses statistiques, la détresse péri-traumatique n'influe pas sur la motivation des sujets à trouver un emploi.

Bien que le groupe CRF possède une moyenne légèrement plus faible (36,32) que celle de notre groupe contrôle (41,91), leurs scores restent plutôt bons (annexe 11.7). Ce qui, en considérant la conjoncture socio-économique actuelle, est très positif.

4. Quatrième hypothèse : Influence des variables sociodémographiques sur la détresse péri-traumatique

4.1. Le genre

En général, les femmes présentent un risque significativement supérieur (double), par rapport aux hommes, de développer un traumatisme psychologique après un événement traumatisant (Blavier, 2016). De nombreux auteurs ont tenté d'expliquer cette différence. Pourtant, à ce jour, il n'existe aucune hypothèse pouvant réellement expliquer, du moins à elle seule, d'où vient cette vulnérabilité féminine.

Ces propos se sont encore une fois vérifiés au travers des chiffres analysant l'impact traumatique lié à la crise du Covid-19. En effet, être une femme est significativement lié à une détresse péri-traumatique plus importante (Qui et al., 2020).

Outre cette vulnérabilité, il convient également de préciser que les femmes et les hommes n'ont pas été égaux face à la crise. Bien que l'on dénombre plus d'hommes décédés du virus que de femmes, celles-ci étaient, selon la sociologue Claire Gavray (2021), davantage exposées à la menace de mort qu'entraînait le Coronavirus. De fait, à ce jour, les métiers du « care » sont assumés majoritairement par des femmes tandis que les hommes dominent au sein des métiers techniques, technologiques et numériques. Ces dernières se retrouvaient donc en première ligne au plus près des patients à l'hôpital ou en maison de repos.

Pourtant, dans cette étude et d'après nos analyses statistiques, le genre n'a pas d'influence sur le niveau de détresse péri-traumatique et ce, que ce soit pour l'effectif global ou au sein de nos 2 groupes de sujets. Nos sujets étant tous sans emploi, ce qui constitue déjà un facteur de risque à la détresse péri-traumatique, nous pouvons supposer que ces facteurs de risques ne sont pas cumulatifs. Du moins, pour les prochaines études, il serait intéressant de se poser la question.

Notons tout de même, que le genre a un effet sur la présence de détresse péri-traumatique. En effet, notre échantillon se compose de 25 femmes et 19 hommes. Chez les femmes, 28 % d'entre elles souffrent de détresse péri-traumatique tandis que chez les hommes, ils sont 31,57 %.

4.2. Niveau d'éducation

Le niveau d'éducation apparaît comme étant un facteur protecteur de la détresse péri-traumatique (S. Djillali, N.-N. Ouandelous, N. Zouani et al., 2020). Cependant, au sein de notre échantillon, la distribution de PDI est identique et ce, pour les différents niveaux d'éducation repris dans l'étude.

Certes, le peu de sujets détenteurs d'un master (3) ont un score moyen de 3 au PDI. Par contre, les bacheliers (12 sujets) ont la moyenne la plus élevée du groupe (14,5). Cette dernière indique d'ailleurs une détresse significative. 7 sujets n'ont que le CEB et ont un score moyen de 8,71 ce qui est légèrement plus bas que la moyenne des sujets (19) qui ont le CESS (9,74). Finalement, ceux qui ont une formation manuelle (3 sujets) ont un score moyen de 10,33 au PDI (annexe 11.8).

Globalement, ces scores ne semblent pas conforter notre hypothèse. Cela dit, nous pourrions tout de même penser que le simple fait d'avoir un master protégerait éventuellement de la détresse péri-traumatique. Du moins, c'est une piste à investiguer.

Cependant, nos résultats sont cohérents avec ceux de Qiu et al. (2020). En effet, d'après leurs analyses, plus haut sera le niveau d'éducation, plus l'impact péri-traumatique sera important. Ils expliquent cela par le fait qu'ils sont probablement plus soucieux de leur santé.

Dans notre échantillon, ce sont ceux possédant un baccalauréat qui sont les plus touchés par la détresse péri-traumatique.

Concernant notre population dite en détresse péri-traumatique (13 sujets), 7,69 % d'entre eux ont uniquement le CEB, 15,38 % uniquement le CESS, 7,69 % ont suivi une formation manuelle et 53,85 % ont obtenu un baccalauréat.

4.3. Logement

Le fait d'être isolé est un facteur de risque du développement d'un TSPT. Les recherches précédentes sur l'isolement et les conséquences des précédents confinements liés à des épidémies montrent que la quarantaine pouvait mener à des symptômes de stress post-traumatique (Allé et al., 2020). Or, nos résultats statistiques ne sont pas congruents avec ces propos. Que les sujets aient vécu seuls ou entourés pendant le confinement n'a pas impacté le score de détresse péri-traumatique.

Cela peut être expliqué par le fait que, durant le confinement, ceux-ci se sont retrouvés enfermés dans un environnement familial, à savoir chez eux, et normalement à l'abri d'éléments sensoriels violents. Leur isolement les a finalement protégés des menaces extérieures liées au virus.

Au sein de la variable « Logement », nous retrouvons, chez les 15 sujets vivant seuls, une moyenne de 12 au PDI contre une moyenne de 10,34 chez ceux vivant accompagnés. Bien que la moyenne des premiers soit légèrement plus élevée que celle des seconds, l'écart n'en est pas pour autant significatif (annexe 11.9).

4.4. Âge

Selon une étude conduite par Qiu et al. (2020), les individus entre 18 et 30 ans ainsi que ceux de plus de 60 ans sont ceux qui présentent le plus haut score de détresse péri-traumatique. Dans cette étude, ces sujets ont eu respectivement 27,76 et 27,59 de moyenne. Or, selon le questionnaire qu'ils ont utilisé, un score de 28 est considéré comme indiquant une détresse modérée.

Ces résultats sont expliqués par le fait que les jeunes s'informent essentiellement via les réseaux sociaux qui véhiculent bon nombre d'informations stressantes, voire des « fake news ». Or, comme nous l'avons vu précédemment, l'accès à de fausses informations est un facteur de risque (Brooks et al., 2020). Concernant les plus de 60 ans, leur haut score peut être expliqué par le fait que cette catégorie comptait le plus haut taux de mortalité durant l'épidémie. Cela les confronte donc, plus qu'une autre tranche d'âge, à la menace de mort.

Au sein de notre échantillon, la tranche d'âge ayant le plus haut taux de détresse péri-traumatique est les 41-50 ans avec une moyenne de 13,08. Ils sont suivis des 31-40 ans qui eux, ont une moyenne de 9,83. Presque côte à côte, nous retrouvons les 18-30 ans avec une moyenne de 9,4 et enfin, les 51-60 ans avec une moyenne de 8,8 (annexe 11.10).

La tranche d'âge la plus impactée par la crise sanitaire, au niveau péri-traumatique est donc les 41-50 ans. Ces résultats ne coïncident pas avec les recherches précédentes.

Ces résultats sont néanmoins en accord avec les études réalisées sur les sans-emplois. En effet, selon une étude réalisée par Frasquilho et al. (2016), les plus âgés avaient tendance à rapporter une détresse plus haute que les plus jeunes ($X^2(1) = 10.078, p < 0.01$).

Cela laisse supposer que le fait d'être sans emploi durant la crise sanitaire prend le dessus sur les autres facteurs de risques de détresse péri-traumatique.

5. Forces et limites

5.1. Forces

Ce mémoire a pour objectif l'étude de l'impact traumatique des confinements sur une population fragilisée fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle (CRF). En considérant cet objectif, l'une des principales forces de notre étude réside dans le caractère récent de son sujet.

De plus, avant le Covid-19, aucun confinement à domicile d'une population entière n'avait pu être observé, du moins, en Belgique. L'impact de celui-ci n'avait donc jamais été évalué (Auxéméry et Tarquinio, 2020).

Cependant, depuis le début de la pandémie et dès lors, le premier confinement, plusieurs études ont été réalisées afin d'analyser l'impact traumatique de celui-ci. La majorité d'entre elles ont démontré que la population présentait une détresse psychologique importante.

Depuis lors, un deuxième confinement a eu lieu et, il n'existe pratiquement aucune étude analysant l'impact traumatique après ces deux périodes de confinement. De plus, selon nos recherches, il n'existe pas, ou très peu, d'études s'intéressant à l'impact traumatique des sujets présentant des difficultés psychologiques et en phase de réinsertion professionnelle. Cela marque donc l'innovation de ce mémoire.

Une autre force réside dans la littérature de ce mémoire. En effet, ce dernier est presque exclusivement basé sur des articles scientifiques récents.

Finalement, cette étude présente un gain de temps non négligeable pour le personnel des centres de réadaptation fonctionnelle. En effet, les résultats présentés ici pourront leur permettre d'ajuster leur suivi en cas de besoin.

5.2. Limites

En premier lieu, il convient de citer le caractère restreint de l'échantillon comme limite principale de cette étude. En effet, nous ne disposons que de 22 sujets par groupe d'analyse ce qui n'est pas suffisamment représentatif. Afin de pouvoir imputer nos résultats à la population se référant à nos groupes de sujets, un plus grand échantillon aurait été nécessaire.

De plus, au niveau socio-démographique, il manquait des questions sur la durée du chômage/arrêt de travail ainsi que sur le type de pathologies dont souffraient les sujets. En effet, il aurait été pertinent d'analyser si la distribution des scores au PDI différaient selon les pathologies.

Enfin, le fait que cette étude n'ait pas eu lieu pendant une période de confinement à proprement parler peut constituer tant une limite qu'une force pour cette étude. Il constitue d'une part, une limite car l'étude se base sur des souvenirs, qui peuvent être approximatifs et, d'autre part, une force car elle permet d'analyser l'impact des règles sanitaires dû au Covid-19 sur le long terme.

6. Perspectives

Comme précisé ci-dessus, la détresse péri-traumatique est un bon prédicteur de TSPT et les conséquences d'un TSPT sont nombreuses et dommageables pour la santé, l'équilibre familial, professionnel, la scolarité, etc...

Un trouble de stress post-traumatique peut provoquer des conséquences importantes sur le fonctionnement de la personne qui en souffre. Il peut affecter plusieurs aspects de sa vie personnelle, familiale et sociale. De plus, la nécessité ressentie d'éviter toute situation menaçante peut entraîner d'importantes limitations des activités quotidiennes et sociales.

Il convient donc pour les personnes en charge de ces groupes de sujets et, plus particulièrement, des professionnels accompagnant les usagers des CRF, d'adapter leur suivi et leur soutien afin d'éviter que cette détresse ne se transforme en TSPT.

De plus, comme nous le savons, la résilience n'est pas définitivement acquise. C'est un processus en constant développement. Ainsi, un sujet réputé résilient peut rencontrer des difficultés ou failles de résilience lors d'une accumulation de traumatismes. De même qu'un

sujet peu résilient peut acquérir une plus haute résilience en travaillant sur certains aspects personnels. C'est pourquoi nous pensons qu'il serait pertinent que les CRF ainsi que les job coachs proposent des ateliers pour stimuler la résilience de leurs usagers.

Certaines caractéristiques individuelles contribuent à faciliter la résilience comme l'autonomie, les compétences sociales, les habilités de résolution de problèmes, les capacités de distanciation face à un environnement perturbant, l'empathie, l'altruisme, l'impression d'être soutenu, la sociabilité, etc...

Pour augmenter la résilience, il convient donc, notamment, de travailler sur des paramètres tels que l'estime de soi, la confiance, l'optimisme, le sentiment d'espoir, la sociabilité, ... Ou encore, l'autonomie et l'indépendance, l'endurance, la capacité à combattre le stress. Il peut également s'agir d'accompagner l'émergence des attitudes positives pour faire face à des problèmes.

Pour terminer, à la lumière de cette crise sanitaire et du désarroi dans lequel elle a pu laisser certains patients, il convient d'envisager de former les psychologues à la thérapie en ligne dans le but d'assurer une continuité du suivi.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude est donc d'analyser l'impact péri-traumatique des mesures de confinement liées au Covid-19 sur une population fragilisée fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle. Pour ce faire, les participants ont dû répondre à plusieurs questionnaires. Le premier est le Peritraumatic Distress Inventory (PDI) (Brunet et al., 2001). Celui-ci évalue le niveau de détresse péri-traumatique des sujets. Ensuite, il leur a été demandé de répondre à l'OITES (Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité pour les Surmonter) (Corbière et al., 2002). Comme son nom l'indique, il a pour objectif l'évaluation des obstacles à l'insertion au travail. Précisons que dans le cadre de cette étude, le sentiment d'efficacité pour les surmonter n'a pas été évalué. Afin d'évaluer leur niveau de résilience, ils ont répondu à la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003). Quatrièmement, dans le but d'évaluer leur motivation à trouver un emploi, le questionnaire de motivation développé par Corbière, Laisné et Lecomte (2000) leur a été soumis. Enfin, afin de récolter des données pouvant permettre d'identifier des sous-groupes au sein de l'échantillon, ils ont rempli un questionnaire socio-démographique.

L'administration des questionnaires s'est déroulée en juillet 2021 après les périodes de confinement. Elle s'est déroulée exclusivement en face à face par groupes de plus ou moins 5 sujets.

Les résultats de cette étude montrent qu'en moyenne les sujets fréquentant les centres de réadaptation fonctionnelle souffrent de détresse péri-traumatique et ce, même après l'arrêt des phases de confinement. Ces résultats concordent avec notre recherche de la littérature. Quant à notre groupe contrôle, son score moyen ne montre pas de détresse.

De plus, les sujets fréquentant les CRF ont des scores significativement plus faibles au CD-RISC ainsi qu'au test de motivation à trouver un emploi. Quant à l'OITES, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été mise en évidence.

Contrairement à d'autres études (Qiu et al., 2020 ; Xiu et al., 2020), notre analyse ne relève, au sein de l'échantillon et à l'intérieur des sous-groupes, aucune différence significative sur la distribution des scores au PDI n'a été décelée, que ce soit sur base du genre, du sexe, de l'âge,

du logement ou encore du niveau d'éducation. Ces résultats sont également valables pour la distribution des scores de résilience ainsi que pour les scores à l'OITES ainsi qu'au CD-RISC.

De plus, nos résultats montrent que la détresse péri-traumatique influence l'évaluation des obstacles à l'insertion au travail. En effet, si la détresse augmente, le score à l'OITES augmentera également. Nous pouvons donc affirmer que la détresse péri-traumatique liée aux règles sanitaires du Covid-19 entrave l'(a) (ré)insertion professionnelle. Par contre, cette dernière n'a pas d'impact sur la motivation à trouver un emploi.

A contrario des études précédentes (Vercruysse, 2021), nos résultats montrent que la résilience n'a aucun impact sur la détresse péri-traumatique, ni sur l'évaluation des obstacles à l'(a) (ré)insertion professionnelle. Dans notre étude, elle ne peut donc être considérée comme un facteur protecteur.

Pour conclure, cette étude permet de mieux comprendre le vécu des demandeurs d'emploi présentant ou non des difficultés psychologiques. Au vu des résultats, il est primordial de porter une attention particulière aux effets négatifs des règles sanitaires sur la santé mentale de ces populations afin d'adapter au mieux l'accompagnement et, ainsi, prévenir l'apparition d'un TSPT.

BIBLIOGRAPHIE

Achdut, N., & Refaeli, T. (2020). Unemployment and Psychological Distress among Young People during the COVID-19 Pandemic: Psychological Resources and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197163>

Al Joboory, S., Monello, F., & Bouchard, J.-P. (2020). PSYCOVID-19, Dispositif de Soutien Psychologique dans les Champs de la Santé Mentale, du Somatique et du Médico-social. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 178(7), 747-7753. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.008>

Alberio, M., & Tremblay, D. G. (2021). Covid 19 : Quels Effets sur le Travail et l'Emploi ? *Interventions Economiques*, 66, 1-11. DOI : 10.4000/interventionseconomiques.14725

Al-Hanawi, M. K., Limbikani Mwale, M., MN Qattan, A., Angawi, K., Almubark, R., & Alsharqi, O. (2020). Psychological Distress Amongst Health Workers and the General Public During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Dovepress, Risk Management and Healthcare Policy* (13), 733-742. Retrieved from: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=59490&fbclid=IwAR1So6YwSz5fFB2T4kSAhnsRi2ZFb6QB3rkaMhSpKpuK-Wy tArFJr8 F0M>

Anaut, M. (2002). Trauma, Vulnérabilité et Résilience en Protection de l'Enfance. *Connexions*, 77,101-118. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0101>

Auxéméry, Y., & Tarquinio, C. (2020). Le Confinement Généralisé pendant l'Epidémie de Coronavirus : Conséquences Médico-Psychologiques en Populations Générales, Soignantes, et de Sujets souffrant antérieurement de Troubles Psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques le taux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes). *Annales Médico-Psychologiques : Revue Psychiatrique*, 178(7), 699-710. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.001>

Bai, Y., Lin, C.-C., Lin, C.-CY, Chen, J.-Y., Chue, C.-M., Chou, P. (2004). Survey of Stress Reactions among Health Care Workers involved with the SARS Outbreak. *Psychiatr Serv*, 55(9), 1055-1057. DOI: 10.1176/appi.ps.55.9.1055

Barhoumi, M., Jonchery, A., Lombardo, P., Le Minez, S., & Mainaud, T. (2020). *Les Inégalités Sociales à l'Épreuve de la Crise Sanitaire : un Bilan du Premier Confinement*. France, Portrait social. Hal. Retrieved from: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03045998/?fbclid=IwAR1Ey-KfDuFS2H9QzmG0GsjMkqf6Qd9Rz8R2NoTlch654o_VNHVc4Lyruyo

Belarouci, L., & Schoenher, D. (2021). *Pandémie Covid-19 et Confinement : Quelles Conséquences Psychologiques ? Le Cas des "Protecteurs"*. Hal. Retrieved from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03095376>

Bjarnason, T., & Sigurdardottir, T. (2003). Psychological Distress during Unemployment and beyond: Social Support and Material Deprivation among youth in six Northern European Countries. *Social Science and Medecine*, 56(5), 973-985. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00109-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00109-0)

Blavier, A. (2016). Cours de *Psychotraumatisme*. Liège, Belgique : Université de Liège

Blusteina, D. L., Duffyb, R., Ferreirac, J. A., Cohen-Scalid, V., Gali Cinamone, R., & Allan, B. A. (2020). Unemployment in the time of COVID-19: A research agenda [Editorial]. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 103436. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103436>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessel, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Rapid Review*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brunet, A. Jehel, L., Paterniti, S., & Guelfi, J-D. (2001). Peritraumatic Distress Inventory (PDI).

Bui, E., Tremblay, L., Brunet, A., Rodgers, R., Jehel, L., Véry, E., Schmitt, L., Vautier, S., & Birmes, P. (2010). Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: a structural equation modeling study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 759–766. <https://doi.org/10.1002/jts.20592>

Bunnell, B. E., Davidson, T. M., & Ruggiero, K. J. (2018). The Peritraumatic Distress Inventory: Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.002>

Bureau fédéral du plan. (2021). *Santé mentale en Belgique : Les couts cachés de la COVID-19*. Retrieved from: https://www.plan.be/uploaded/documents/202101220330150.PUB_ART_007_COVI_13332_F.pdf

Burnet, A., Weiss, D. S., Metzler, T., & Best, S. R. (2001). The peritraumatic distress inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485. DOI:10.1176/appi.ajp.158.9.1480

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., & al. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*, 112934. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120305400>

Chaix, B., & Delamon, G. (2021). Evaluation de la détresse psychologique liée à la pandémie de COVID-19 chez des patients atteints de pathologies chroniques en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 69, 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.05.037>

Chartier, S., Delhalle, M., Baiverlin, A., & Blavier, A. (2021). Parental peritraumatic distress and feelings of parental competence in relation to COVID-19 lockdown measures: What is the impact on children's peritraumatic distress? *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(2). <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ejtd.2020.100191>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Connor-Davidson Resilience Scale.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of new a resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113

Conseil Supérieur de l'Emploi. (2021). *Etat des lieux et perspectives du marché du travail en Belgique et dans les régions*. Retrieved from: https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/2021_07_08_cse_etat_des_li

[eux du marche du travail.pdf?fbclid=IwAR1viu24AGPitmzz9mzQPkoSP1S04LCc_Xqjux1G_hdlbIml8rLVXs5peYE](https://cse.belgique.be/fr/accueil/rapports-avis/tous-les-rapports/rapports-2020/etat-des-lieux-du-marche-du-travail-en-belgique-et-dans-les-regions-dans-le-contexte-du-covid-19)

Conseil Supérieur de l'Emploi. (2020). *Etat des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions dans le contexte du COVID-19*. Retrieved from: <https://cse.belgique.be/fr/accueil/rapports-avis/tous-les-rapports/rapports-2020/etat-des-lieux-du-marche-du-travail-en-belgique-et-dans-les-regions-dans-le-contexte-du-covid-19>

Corbière, Laisné, Lecomte (2000, 2012). Questionnaire de motivation à l'emploi.

Corbière, M., & al. (2004b). Obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (OITES).

Corbière, M., Bordeleau, M., Provost, G., & Mercier, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé Mentale au Québec*, 27, 194-217.

Corbière, M., Latulipe, C., Lecomte, T., Paquette, S., Charles, N., Leclerc, L., Gravel, H., & Bernier, F. (2011). Les outils de la réadaptation psychosociale. *Le Partenaire*, volume 20(3), 1-31. Retrieved from: <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/07/partenaire-vol20-no3.pdf>

Corbière, M., Mercier, C., & Lesage, A.D. (2004b). Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in people with Mental Health Illness. *Journal of Career Assessment*, 12(4), 460-478. <https://doi.org/10.1177/1069072704267738>

Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : analyse des caractéristiques de la personne. *Can J Psychiatry*, 50(11), 722-733.

Daly, M., & Delaney, L. (2013). The scarring effect of unemployment throughout adulthood on psychological distress at age 50: estimates controlling for early adulthood distress and childhood psychological factors. *Social Science & Medicine* (1982), 80, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.008>

Debout, M., Vasquez, L. (2018). La santé des chômeurs : Priorité de santé publique ? R. Coutanceau (éd). *Assurer le bien-être psychique* (pp. 111-118). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2018.01.0111>

Deloitte. (2020). *Découvrir la partie cachée de l'iceberg : Pourquoi les conséquences humaines de la COVID-19 pourraient créer une troisième crise*. Retrieved from: https://www2.deloitte.com/ca/fr/pages/apropos-deloitte/articles/crise-covid-19-consequences-humaines.html?fbclid=IwAR2wA6p9zlHz0uQpWtLFpLAvn_KbioE6Hd7qxZJJ3RzJ9BaKfMuPZljdQVo

Djillali, S., Ouandelous, N.-N., Zouani, N., Crettaz Van Roten, F., & de Roten, Y. (2021). Incidence et prédictors des réactions péri-traumatiques dans une population algérienne face à la COVID-19. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.03.006>

Dong, M., & Zheng, J. (2020). Letter to the editor: headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expect*, 23(2), 259–260. doi: 10.1111/hex.13055

Dumesnil, H., & Verger, P. (2020). *Les risques de trouble de stress post-traumatique chez les personnes hospitalisées pour une Covid-19 : État des connaissances disponibles et pistes d'intervention*. Observatoire régionale de la santé de Provence-Côte-d'Azur. Retrieved from: <http://www.orspaca.org/filebrowser/download/48#:~:text=En%20se%20basant%20sur%20les,court%20ou%20%C3%A0%20moyen%20terme>

Equipe violence et santé. (2018). Questionnaire sur la résilience de Connor-Davidson : Adaptation canadienne-française du Connor-Davidson resilience scale. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/334308020_7_CD-RISC

Ermagan-Caglar, E., Hamzaoglu, N., Ozcan, Y. S., & Kurtça, T. T. (2021). Investigation of Anxiety and Peritraumatic Distress Levels in Context of Various Variables through Covid-19 Outbreak: Turkey, the UK and the USA Comparison. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17, 3221-3244. DOI:10.26466/opus.830148

Fagiolini, A., Cuomo, A., & Frank, E. (2020). COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3). DOI: 10.4088/jcp.20com13357

Garcet, M. (n.d.). *CRF-Le Maillet*. Liège : association interrégionale de Guidance et de Santé.

Greenblatt-Kimron, L., Ring, L., Hoffman, Y., Shira, A., Bodner, E., & Yuval, P. (2021). Subjective accelerated aging moderates the association between COVID-19 health worries and peritraumatic distress among older adults. *Global Mental Health*, 8(16), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.13>

Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*, 10(7), 1206–1212. doi: 10.3201/eid1007.030703

Hébert, M., Parent, N., Simard, C., & Laverdière, A. (2018). Validation of the French-Canadian version of the brief Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 50(1), 9-16. doi:10.1037/cbs0000092

Herroudi, S. (n.d.). Quel est l'impact du jobcoaching sur la motivation d'un candidat à retrouver un emploi ? Haute Ecole de la Province de Liège. <https://doi.org/10.7202/014547>

Huguelet, P., Restellini, A., Stamatiou, N., Nteli, A., & Vidal, S. (2020). Pandémie de Covid-19 : qu'en est-il pour les patients atteints dans leur santé mentale ? *Revue médicale suisse : Urologie* 16, 2344-2347. Retrieved from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-717/pandemie-de-covid-19-qu-en-est-il-pour-les-patients-atteints-dans-leur-sante-mentale>

Il est urgent d'investir dans la santé mentale, prévient l'OCDE. (2021). RTBF. Retrieved from: https://www.rtbf.be/info/societe/detail_il-est-urgent-d-investir-dans-la-sante-mentale-previent-l-ocde?id=10778684&fbclid=IwAR17PfQVYKSxxcEUkWXypPIaYEwFLX0DrbxJ_Yp4yEsyoXF3ssoJKiMia1s

Inserm. (2020). *Chômage et difficultés financières ont fragilisé la santé mentale durant le confinement*. Retrieved from: https://www.inserm.fr/actualite/chomage-et-difficultes-financieres-ont-fragilise-sante-mentale-durant-confinement/?fbclid=IwAR1lMIE4uDY37tCm3NSo9T1FPI9_Nab_m5uMKOIn1OHjmrUtYy8Bd7TkiWI

Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2010). Entre enthousiasme et rejet : L'ambivalence suscitée par le concept de résilience. *Bulletin de Psychologie*, 6(510), 401-403. Retrieved from: <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-6-page-401.htm>

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péri-traumatique. *Can J Psychiatry*, 50(1), 67-71. Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370505000112?fbclid=IwAR2yfl1rApbdaLW7cd7kFu3jUvInWxaM5032SukpagWUct0kt3aXAlnHB24&>

Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J.-D. (2006). L'intensité de la détresse péri-traumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *L'Encéphale*, 38(1), 953-956. doi : 10.1016/S0013-7006(06)76272-8

Jung, S.J., & Jun, J.Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea. *Yonsei Med J*, 61(4), 271-272. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>

Knapen, J. (2017). Motivation à l'activité physique : La psychomotricité dans la réhabilitation au travail en cas de troubles psychiques. *Neurone*, 22(10), 1-6.

Kokko, K., Pulkkinen, L. (1998). Unemployment and Psychological Distress: Mediator Effects. *Journal of Adult Development* 5, 205-217. <https://doi.org/10.1023/A:1021450208639>

Lambert, A., Cayouette-Remblière, J., Bonvalet, C., Girard, V., Guéaut, E., Langlois, L., & Le Roux, G. (2020). Le travail et ses aménagements : ce que la pandémie de COVID-19 a changé pour les français. *Ines éditions*, 7(579), 1-4. Retrieved from: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2020-7-page-1.htm>

Le CREHPSY. (n.d.). Comprendre le handicap psychique. Retrieved from: https://www.crehpsy-hdf.fr/definition.html?fbclid=IwAR17PfQVYKSxxcEUkWXypPIaYEwFLX0DrbxJ_Yp4yEsy_oXF3ssoJKiMia1s#:~:text=Toutefois%20un%20consensus%20existe%20sur,la%20vie%20sociale%20et%20professionnelle

Lecompte, T.. (2006). Evaluation en réadaptation psychiatrique : Concepts et Outils. In T. Lecomte., & C. Leclerc (Eds.), Manuel de réadaptation psychiatrique (pp. 379-457). Presses de l'Université du Québec. Retrieved from: <https://books.google.be/books?id=WQx8sUDznUwC&pg=RA1-PT303&dq=L%E2%80%99C3%A9valuation+en+r%C3%A9adaptation+psychiatrique+:+Concepts+et+Outils.&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjO6cr1kKnyAhUPjqQKHTEPBpMQ6AEwAHoECAQQA#v=onepage&q=L%E2%80%99C3%A9valuation%20en%20r%C3%A9adaptation%20psychiatrique%20%3A%20Concepts%20et%20Outils.&f=false>

Li, S., Wang, Y., Xue, J., & al. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. Retrieved from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/2032>

Li, Y., Wang, Y., Jiang, J., Valdimarsdóttir, U., Fall, K., Fang, F., ... Zhang, W. (2020). Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak. *Psychological Medicine*, 1-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001555>

Liu, S., Heinzl, S., Haucke, M. N., & Heinz, A. (2021). Increased Psychological Distress, Loneliness, and Unemployment in the Spread of COVID-19 over 6 Months in Germany. *Medicina*. <https://doi.org/10.3390/medicina57010053>

Louville, P., & Salmona, M. (2013). Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Revue santé mentale : dossier le traumatisme du viol*, 176. Retrieved from: <https://www.santementale.fr/revue/numero-176-mars-2013/>

Lyazami, N. (2020). Pandémie mondiale du COVID-19 : Traumatisme psychologique des dirigeants d'entreprise en difficulté : quelle capacité de résilience ? *Journal of Integrated Studies In Economics, Law, Technical Sciences & Communication JIS.ELSC*, 1(1). Retrieved from: <https://revues.imist.ma/index.php/JISELSC/article/view/24744/13116>

Martin, N. (n.d.). *Quelles sont les conséquences psychiatriques de l'épidémie de Covid19 ?* Psychodon. Retrieved from: <https://psychodon.org/quelles-sont-les-consequences-psychiatriques-de-lepidemie-de-covid19/?fbclid=IwAR2YmEphdkspvrizw8ag2ckWDYakHv-dDYMITIg1wk7sdamDNCeZLyRsnfQ>

Mboua, P. C., Siakam, C., & Nguépy Keubo, F. R. (2021). Traumatisme et résilience associés à la pandémie de la COVID-19 dans les villes de Bafoussam et de Dschang au Cameroun. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.03.025>

Noulet, J.-F. (2021). *Coronavirus: le chômage a plus augmenté chez les hommes que chez les femmes en Wallonie, mais ces statistiques cachent une autre réalité*. RTBF. Retrieved from: https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_coronavirus-le-chomage-a-plus-augmente-chez-les-hommes-que-chez-les-femmes-en-wallonie-mais-ces-statistiques-cachent-une-autre-realite?id=10714458&fbclid=IwAR3s0EugFT5rh4W9ZTC7rmawdh3WcrK4-9itHotwhuBD-KAxX1ETEy5kbqA

Ona, G., Rossi, G., Révész, D., Dos Santos, R. G., Hallak, J. E. C., Alcazar-Corcoles, M. A., Bouso, J. C., & Roche, J. M. (2021). *Cross-Sectional Associations Between Lifetime Use of Psychedelic Drugs and Psychometric Measures During the COVID-19 Confinement: A Transcultural Study*. *Frontiers in psychiatry*. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.687546

Organisation mondiale de la santé. (2021). *Prendre soin de notre santé mentale*. Retrieved from: https://www.who.int/fr/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=Cj0KCQjwzYGGBhCTARIsAHdMTQzYiRO6HbNn6fHdxsimjLERH9OG90Uq71OjcORxmVuaND2BXvEaQ8YAlIUEALw_wcB&fbclid=IwAR0o5QzK2WjJPj3lwMb2tOCHgUHOQL2NLGaj9IXiF8dANBMdCYXw7z51T6Y

Peláez-Fernández, M. A., Rey, L., & Extremera, N. (2019). Psychological distress among the unemployed: Do core self-evaluations and emotional intelligence help to minimize the psychological costs of unemployment? *Journal of Affective Disorders*, 256(1), 627-632.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.042>

Pitchot, W. (2020). Impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé psychologique du personnel soignant. *Revue médicale de Liège*, 75, 62-66. Retrieved from: <https://www.psypluriel-liege.be/Uploads/News/Files/covid19personnelsoignant.pdf>

Qian, M., Wu, Q., Wu, P., & al. (2020). *Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 out-break in China: a population-based cross-sectional survey*. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.02.18.20024448>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Reneflot, A. (2014). Unemployment and psychological distress among young adults in the Nordic countries: A review of the literature. *International Journal of Social Welfare*. DOI:10.1111/ijsw.12000

Reynolds, D.L., Garay, J.R., Deamond, S.L., & al. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*, 136(7), 997–1007. Retrieved from: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/understanding-compliance-and-psychological-impact-of-the-sars-quarantine-experience/7AE55E5054DEC1A1D23679FD9E05A52B>

Romeo, A., Benfante, A., Castelli, L., & Di Tella, M. (2021). Psychological Distress among Italian University Students Compared to General Workers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2503. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052503>

Rudetzki, F. (2016). *Pour un centre de ressources et de résilience : réparer et prendre soin de la vie*. Retrieved from : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000176.pdf>

Ruiz-Frutos, C., Ortega-Moreno, M., Allande-Cusso, R., Ayuso-Murillo, D., Dominguez-Salas, S., & Gomez-Salgado, J. (2020). Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Safety Science*, 133. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105033>

Santé mentale. (2021). *Sortie de crise sanitaire : l'OCDE parie sur l'amélioration des soins de santé mentale*. Retrieved from: <https://www.santementale.fr/2021/06/sortie-crise-sanitaire-ocde-parie-sur-amelioration-soins-sante-mentale/>

Sun, L., Sun, Z., Wu, L., & al. (2020). *Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China*. MedRxiv. Retrieved from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20032425v1>

Underner, M., Perriot, J., Peiffer, G., & Jaafari, N. (2021). COVID-19 et trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les professionnels de santé. *Revue des maladies respiratoires*, 38(2), 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2020.11.014>

UNHCR. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Reliefweb. Retrieved from: https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/mental-health-and-psychosocial-response-during-covid-19-outbreak-june?gclid=Cj0KCQjw6s2IBhCnARIsAP8RfAhbVmMaDCa47PGjH_zj-uOTD9-YrYr4GVGwiZ8JDe1ZdrTszwQ6hfgaAvNBEALw_wcB

Université de Liège. (2020). *La crise du Coronavirus expose particulièrement les femmes, majoritairement en première ligne dans les métiers du "care". Malgré de multiples avancées, les rapports inégalitaires entre hommes et femmes persistent insidieusement dans nos sociétés "démocratiques". Va-t-on, suite à cette crise, vers un changement ?* Retrieved from: https://www.news.uliege.be/cms/c_11785533/en/le-covid-19-sous-l-angle-du-genre?fbclid=IwAR22--b7v8qwRDVdTqUXnlmJtnlG8DprIcJWmaINu3rnCPwTo4vNmxULSOw

Wang, H., Xia, Q., Xiong, Z., & al. (2020). *The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: a web-based survey*. MedRxiv. Retrieved from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.27.20045807v1>

Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., & Fu, S. (2011). Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic?. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 75-77.

Wang, Z. H., Yang, H. L., Yang, Y. Q., Liu, D., Li, Z. H., Zhang, X. R., ... & Wang, X. M. (2020). Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: a large cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 275, 188-193.

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Lacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Yoon, H., You, M., & Shon, C. (2021). *Peritraumatic distress during the COVID-19 pandemic in Seoul, South Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094689>

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381. Retrieved from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2381>

