
Etude du vécu des différentes générations durant la période COVID-19

Auteur : Sluse, Nathalie

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

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

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/16327>

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.

Étude du vécu des différentes générations durant la période COVID-19

Sous la direction de : Mme Adélaïde BLAVIER

Lectrices : Mme Aurélie WAGENER

& Mme Margot GOBLET

Mémoire présenté par : Nathalie SLUSE

En vue de l'obtention du grade de Master en sciences psychologiques

Année académique 2021-2022

Remerciements

Pour débiter, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier, de m'avoir accordé sa confiance pour cette étude et pour ses supervisions tout au long de l'ébauche de ce travail. Sans oublier ses assistantes, Madame Manon Delhalle et Madame Juliette Destiné pour leur disponibilité, leur soutien et leurs retours permanents. Je remercie également Madame Aurélie Wagener et Madame Margot Goblet, lectrices de ce mémoire, pour leur intérêt et le temps qu'elles ont consacré à le lire.

L'élaboration de ce mémoire n'aurait pas su se faire sans participants. Merci à toutes les personnes ayant pris part à cette étude de manière volontaire et honnête.

Ensuite, sans soutien moral et psychologique ce mémoire n'aurait pas vu le jour. Je tiens à remercier de tout cœur mes proches pour leur soutien sans faille. Merci à ma famille de m'avoir soutenue et d'avoir participé de manière active et chaleureuse à mon travail de fin d'étude.

Enfin, sans oublier l'aide de mes amis, qui, au fil des années, sont devenus de vrais piliers dans ma vie et des ressources essentielles. Je pense à Camille qui m'a soutenue tout au long de notre formation, entre rire et pleurs nous y sommes parvenues ensemble. Merci à ma super colocataire, Lola, pour ses conseils avisés ainsi qu'à Claire pour les encouragements mutuels. Un tout grand merci à toutes et à tous pour votre aide apportée dans les nombreuses relectures, l'encodage des données qui aurait pris bien plus de temps sans coup de pouce, aux conseils statistiques et aux moments de détente nécessaires pour lâcher prise. Merci pour tout, j'espère vous avoir encore de belles années à mes côtés.

Merci à toutes les autres personnes qui se sont gentiment proposées pour une relecture, merci pour tous vos conseils bienveillants.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	2
II.	REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
	CHAPITRE 1 : L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU COVID-19	4
	1. <i>COVID et traumatisme psychologique.....</i>	4
	1.1. Bref historique du COVID-19.....	4
	1.2. Le trouble de stress post-traumatiques.....	4
	2. <i>Les facteurs de risque de développement d'un trouble de stress post-traumatique.....</i>	7
	2.1. Les facteurs pré-traumatiques.....	7
	2.2. Les facteurs péri-traumatiques.....	8
	2.2.1. La détresse péri-traumatique.....	8
	2.2.2. Isolement social	10
	2.3. Les facteurs post-traumatiques.....	11
	3. <i>Facteurs de protections</i>	11
	3.1. La résilience	12
	3.2. Les stratégies de coping.....	13
	CHAPITRE 2 : L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU COVID-19 AU NIVEAU INTERGÉNÉRATIONNEL.....	16
	1. <i>Impact psychologique.....</i>	16
	1.1. Première génération : les grands-parents.....	16
	1.1.1. Vulnérabilité de la génération.....	16
	1.1.2. Isolement social	17
	1.2. Deuxième génération : les parents.....	18
	1.2.1. Stress parental	18
	1.3. Troisième génération : les enfants.....	19
	1.4. Impact sur la dynamique familiale	21
	2. <i>Les facteurs de protection et d'adaptation étudiés dans le système familial</i>	22
	2.1. La transmission des défenses dans la même famille	22
	2.2. La résilience	22
	2.2.1. Première génération : les grands-parents.....	22
	2.2.2. Deuxième génération : les parents.....	23
	2.2.3. Troisième génération : les enfants	24
	2.2.4. Le système familial comme ressource de résilience ?	24
	2.3. Les stratégies de coping.....	26
	2.3.1. Première génération : les grands-parents.....	26
	2.3.2. Deuxième génération : les parents.....	27
	2.3.3. Troisième génération : les enfants	28
	2.3.4. Au niveau familial.....	28
III.	OBJECTIF ET HYPOTHESES.....	31

1.	<i>Objectif de la recherche</i>	31
2.	<i>Hypothèses</i>	32
IV.	METHODOLOGIE	34
1.	<i>Population</i>	34
2.	<i>Recrutement</i>	34
3.	<i>Matériels utilisés</i>	35
3.1.	Questionnaire sociodémographique.....	36
3.2.	Child and Youth Resilience Measure – Revised (CYRM-R) (Resilience Research Centre, 2016).....	36
3.3.	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Hébert & Parent, 2018).....	37
3.4.	L’inventaire de détresse péri-traumatique (PDI) (Jehel et al., 2005).....	37
3.5.	Ways of Coping Checklist (WCC-R) (Langevin et al., 2013).....	38
3.6.	SRCS (Hébert et al., 2007).....	39
V.	COMPOSANTE ÉTHIQUE	40
VI.	RESULTATS	41
1.	<i>Données descriptives de l’échantillon</i>	41
1.1.	Données sociodémographiques.....	41
1.1.1.	Les enfants.....	41
1.1.2.	Les parents.....	42
1.1.3.	Les grands-parents.....	44
1.2.	Statistiques descriptives.....	47
2.	<i>Analyse des variables en lien avec le vécu intergénérationnel</i>	49
2.1.	Résultats préliminaires.....	49
2.1.1.	Sexe des participants.....	49
2.1.2.	Âge des participants.....	50
2.1.3.	Composition de la fratrie.....	50
2.1.4.	Type de résidence des participants.....	50
2.1.5.	Niveau d’éducation des participants.....	51
2.1.6.	Fréquence à laquelle ils voient les membres de leur famille.....	51
2.1.7.	Discussion à propos du COVID-19.....	51
2.1.8.	Présence d’un proche à risque.....	51
2.2.	Résultats concernant la première hypothèse.....	52
2.3.	Résultats concernant la deuxième hypothèse.....	53
2.4.	Résultats concernant la troisième hypothèse.....	54
2.5.	Résultats concernant la quatrième hypothèse.....	57
VII.	DISCUSSION	60
1.	<i>Discussion de la première hypothèse</i>	61
2.	<i>Discussion de la deuxième hypothèse</i>	64
3.	<i>Discussion de la troisième hypothèse</i>	65

4.	<i>Discussion de la quatrième hypothèse</i>	67
5.	<i>Intérêt du travail</i>	69
6.	<i>Limites du travail et perspectives futures</i>	70
VIII.	CONCLUSION	72
IX.	BIBLIOGRAPHIE	74

Liste des tableaux

Tableau 1: Données sociodémographiques de l'échantillon enfants

Tableau 2 : Données sociodémographiques de l'échantillon « parents »

Tableau 3 : Données sociodémographiques de l'échantillon grands-parents

Tableau 4 : Moyenne et écart-type de chaque questionnaire attribués aux enfants (CYRM, PDI et SRCS).

Tableau 5 : Moyenne et écart-type de chaque questionnaire attribué aux adultes (CD-RISC, PDI et WCC).

Tableau 6 : Moyenne et écart-type de chaque questionnaire attribué aux grands-parents (CD-RISC, PDI, WCC).

Tableau 7 : Résultats des corrélations entre le PDI de l'enfant, le PDI du parent et le PDI du grand-parent.

Tableau 8 : Résultats des corrélations entre la résilience des enfants, des parents et des grands-parents.

Tableau 9 : Résultats des corrélations entre les stratégies de coping utilisées par les enfants, les parents et les grands-parents

Tableau 10 : Statistiques descriptives de la SRCS

Tableau 11 : Anova SCRS

Tableau 12 : Statistiques descriptives de la WCC des parents

Tableau 13 : Anova WCC_P

Tableau 14 : Statistiques descriptives de la WCC des grands-parents

Tableau 15 : Anova WCC_GP

Tableau 16 : Statistiques descriptives de la PDI

Tableau 17 : Kurskal-Wallis PDI

Tableau 18 : Régression linéaire de la variable résilience et détresse péri-traumatique des grands-parents

I. Introduction

Nous nous sommes intéressés aux conséquences psychologiques de la période COVID-19. Fin de l'année 2019, une nouvelle forme de pneumonie a été contractée par des habitants de la province d'Hubei, en Chine. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020) a rapidement identifié cette nouvelle maladie comme pandémie mondiale. Suite à sa rapide propagation, des chercheurs ont mis en avant les conséquences pouvant être engendrées par cette situation inédite, tant au niveau économique qu'aux niveaux public et privé (Xiong et al., 2020). Afin de réduire la propagation du COVID-19, de nombreux pays ont instauré un confinement total. D'autres mesures ont également été mises en place, telles qu'une distanciation sociale, la fermeture des frontières, le télétravail, la fermeture des écoles, un confinement, une mise en quarantaine, etc. (Auxéméry & Tarquinio, 2020). Selon Brooks et al. (2020), ces dispositions ne sont pas sans conséquence pour la santé mentale de la population. Face à l'isolement social, les craintes liées à une éventuelle ainsi que le sentiment d'incertitude et de peur, chaque individu a eu recours à des stratégies d'adaptation. Ces stratégies ont pour fonction de «rebondir» face à un événement stressant. La question concernant les conséquences de cette pandémie et des mesures instaurées sur le système familial et les liens entre les membres de la famille se pose également (Prime et al, 2020).

Nous avons pu enrichir notre revue de littérature par diverses études et recherches qui faites depuis le début de la pandémie. Deux ans après l'apparition de cette situation inédite, nous souhaitons étudier le vécu du COVID-19 au niveau intergénérationnel. La situation sanitaire a provoqué un changement dans les habitudes de chacun, mais également dans les mécanismes de base de la vie quotidienne. Les événements familiaux tels que les fêtes religieuses, les célébrations, n'ont pu avoir lieu en raison des restrictions sanitaires. Comme l'expliquent Prime et al. (2000), les relations familiales et la communication jouent un rôle primordial dans la réduction des risques des symptômes de stress post-traumatique.

C'est pourquoi nous allons analyser l'impact du vécu d'un membre de la famille sur son système familial, celui-ci pouvant influencer les capacités de résilience et les stratégies mises en place pour s'adapter à la situation. comment le vécu d'un membre de la famille impact celui des autres membres.

Dans ce mémoire, nous nous interrogerons sur le ressenti des membres d'une famille, sur trois générations. Suite à un événement traumatisant, nous savons qu'une multitude de symptômes peuvent apparaître et mener à un syndrome de stress post-traumatique (Salehi et al., 2021).

Nous avons tous, à notre façon, été impacté par la pandémie du COVID-19. Pour cette raison, il nous a semblé pertinent de nous pencher sur le vécu de la pandémie au niveau intergénérationnel. Plusieurs études ont enquêté sur les conséquences psychologiques de la pandémie au sein de la population, d'autres ont analysé l'impact au niveau des parents et des enfants. A notre tour, nous souhaitons observer l'impact du vécu d'un membre de la famille sur les autres générations de sa famille.

La première partie de ce mémoire est dédiée à l'ensemble des données issues de la littérature scientifique. Nous y aborderons les différents éléments théoriques soutenant notre étude. Ensuite, les objectifs ainsi que les hypothèses de ce travail seront énoncés et expliqués. Pour terminer, vous trouverez une partie consacrée à la discussion des résultats quantitatifs obtenus en lien avec les données recueillies dans la revue de la littérature.

II. Revue de la littérature

Chapitre 1 : L'impact psychologique du COVID-19

1. COVID et traumatisme psychologique

1.1. Bref historique du COVID-19

Fin de l'année 2019 en Chine, et plus précisément dans la province d'Hubei, plusieurs cas de pneumonie de cause inconnue ont été détectés. Le nombre d'infections a rapidement augmenté et le virus s'est propagé dans d'autres pays.

Le 30 janvier 2020, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré un état d'urgence sanitaire au niveau international (Velavan & Meyer, 2020). Finalement, le 11 mars 2020, l'OMS annonce la propagation de la pandémie mondiale de COVID-19 (OMS, 2020).

Les premiers symptômes recensés sont des difficultés respiratoires. L'intensité des symptômes varie en fonction de l'âge et des prédispositions de chaque individu (OMS, 2020). En effet, selon différentes études, la population âgée de 60 ans, et plus, présente un risque plus accru que les enfants (Velavan & Meyer, 2020). La population « à risque » concerne principalement les personnes âgées et les personnes souffrant de diabète, de maladie cardiovasculaire, de maladie respiratoire chronique ou de cancer (OMS, 2020).

1.2. Le trouble de stress post-traumatiques

Dans ce mémoire, nous utiliserons à plusieurs reprises la notion de *trouble de stress post-traumatique* c'est pourquoi il nous semble pertinent d'éclairer ce terme.

Le trouble de stress post-traumatique est repris dans le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) dans le chapitre « troubles liés à des traumatismes ou

à des facteurs de stress ». Le manuel fait référence à divers critères diagnostiques qui constituent le trouble. Cela signifie que plusieurs éléments doivent être présents pour que l'état de l'individu soit qualifié de stress post-traumatique. Il faut prendre en compte une multitude de facteurs comme le degré d'exposition de l'individu par rapport à l'événement traumatique, l'exposition à la mort, ou à des risques de mort, et par la suite, repérer la présence, ou non, d'un ou plusieurs symptômes tels que des souvenirs répétitifs, des rêves répétitifs, des réactions dissociatives, un sentiment de détresse psychique ou encore des réactions physiologiques. Dans les critères, nous retrouvons les altérations négatives des cognitions et de l'humeur ainsi que les altérations concernant l'éveil et la réactivité. Vous trouverez en annexe 1¹ la liste complète des critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique (DSM-5).

Le diagnostic de stress post-traumatique, aussi appelée PTSD, est posé lorsque l'individu répond à divers critères. Lors d'un événement traumatique, en fonction de son adaptation, de ses capacités de résilience et des facteurs de risque, tout individu est susceptible de développer ce type de trouble. Le traumatisme psychique désigne « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq, 2014, p.10). L'événement vécu provoque une peur intense et un sentiment d'impuissance face aux valeurs essentielles de l'existence (la sécurité, la paix, le bien, la solidarité, la morale, etc.) (Josse, 2011). Ainsi, le traumatisme représente un choc psychologique important accompagné d'une confrontation à la mort et de risques de blessures graves (Josse, 2019).

Pourquoi aborder le trouble de stress post-traumatique dans le contexte du COVID-19 ?

Il est difficile de déterminer si la pandémie peut être considérée comme un événement traumatique (Anticevic et al., 2021). Cela serait plutôt l'association de facteurs stressants durant la pandémie qui impacterait la santé mentale de la population. Par facteurs stressants, nous parlons des périodes de confinement, de l'isolement, du chômage ou du télétravail, des infections et décès des proches (Brigland et al, 2020). Dans ce cas, nous pourrions conclure que

¹ Annexe 1 – Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique

ce n'est pas le virus du COVID-19 qui représente un événement traumatique, mais les mesures prises afin de lutter contre la propagation de la pandémie et l'impact du virus sur notre entourage. Finalement, cela signifie que les périodes de confinement, principalement le premier confinement, pourraient être considérées comme événements potentiellement traumatiques (Mengin & al., 2020). Alors que tout individu était « protégé » de menace extérieure et de contamination en étant confiné au domicile, cela paraîtrait étonnant de retrouver des cas de stress post-traumatique dans les données analysées dans la littérature. Toutefois, si nous prenons l'exemple de l'épidémie H1N1, des études ont montré une corrélation positive entre confinement et stress post-traumatique. Cette corrélation pourrait à nouveau être observée suite à la prolongation des périodes de confinement au cours de la pandémie et des pertes de ressources (Allé & al., 2020). Tout cela renforce l'idée de maintenir une vigilance par rapport à l'apparition de symptômes de stress post-traumatiques dans la population générale (Allé & al., 2020). La poursuite des gestes barrières après le confinement représente également un risque de développement de PTSD (Allé et al., 2020). De plus, les médias ont alimenté le sentiment d'insécurité en présentant, quotidiennement, les chiffres des contaminations, d'hospitalisation et de décès. Cela a pu engendrer une surconsommation de l'information favorisant l'apparition de « *headline stress disorders* », autrement dit des « *troubles anxieux liés aux médias* ». Tout cela peut contribuer à l'émergence de ruminations, voire de reviviscences (Allé et al., 2020).

Dans ce point, nous avons mis en avant le risque de développer des symptômes de stress post-traumatique engendré par les mesures instaurées. Cependant, une expérience traumatique (ou potentiellement traumatique) ne constitue pas une condition suffisante au développement de stress post-traumatique. La présence ou l'absence de facteurs de risques va moduler les réactions post-traumatiques. Ces facteurs permettent une perspective de prévention et de dépistage afin de prédire l'évolution du trouble (Martin et al., 2006).

2. Les facteurs de risque de développement d'un trouble de stress post-traumatique

Les facteurs de risque sont associés au développement, au maintien et à l'intensification d'un trouble de PTSD. Si ce type de trouble, cela va venir perturber le fonctionnement psychique de l'individu (Martin et al., 2006).

Les facteurs de risque sont généralement répertoriés en trois catégories distinctes :

- Les facteurs pré-traumatiques
- Les facteurs péri-traumatiques
- Les facteurs post-traumatiques

2.1. Les facteurs pré-traumatiques

La première catégorie concerne les facteurs *pré-traumatiques*. Ils concernent les caractéristiques pré-existantes au trauma (Martin et al., 2006 ; DSM-5, 2013). Nous y retrouvons les antécédents psychologiques et psychiatriques, le statut socio-économique ainsi que l'exposition à des traumatismes dans le passé (DSM-5, 2013). Ce sont les caractéristiques individuelles.

Dans leur revue systématique, Yuan et ses collaborateurs (2021) abordent les facteurs de risque pré-traumatiques personnels, familiaux ou sociaux, qui ont un impact dans le développement de PTSD. Selon ces auteurs, être une femme, jeune, avoir un faible revenu annuel et un faible niveau d'éducation constituent des caractéristiques influençant l'apparition d'un stress post-traumatique. L'influence de l'état psychologique initial de l'individu est également à prendre en compte comme l'anxiété et la dépression (Yuan et al., 2021). Concernant les éléments familiaux et sociétaux, bénéficier, peu ou pas du tout, de soutien familial ou social, avoir ou vivre avec des enfants et avoir un espace de vie limité sont des facteurs de risques fréquents (Yuan et al., 2021). Il peut préalablement y avoir une fragilité psychique et/ou des antécédents de symptômes de stress post-traumatique (Brooks et al., 2020). Selon Wang et ses collaborateurs (2020), les personnes souffrant le plus des réactions

psychologiques (stress, dépression et anxiété) sont les femmes, les étudiants et les personnes présentant des symptômes physiques spécifiques.

2.2. Les facteurs péri-traumatiques

La seconde catégorie des facteurs de risque est celle des facteurs *péri-traumatiques*, ils se définissent par les réactions de chaque individu pendant ou directement après l'exposition à un événement traumatique (Anticevic et al. 2021 ; Martin et al, 2006 ; DSM-5, 2013). Les critères concernés sont la sévérité du trauma, la perception d'une menace mortelle ainsi que les séquelles physiques (DSM-5, 2013). Afin d'évaluer la probabilité d'apparition d'un trouble de stress post-traumatique, Brunet et ses collègues (2001) proposent un questionnaire afin de mesurer la détresse émotionnelle ressentie. Ce questionnaire sera expliqué en détail dans le chapitre « Méthodologie » de ce mémoire. Dans leur étude, Jehel et al. (2006) affirment que la mesure de la détresse péri-traumatique est un prédicteur efficace du développement d'un trouble de stress post-traumatique. Cela signifie que si un individu présente une détresse péri-traumatique est élevée, il aura plus de risque de développer un PTSD (Jehel et al., 2006 ; Bunnell et al., 2018).

2.2.1. *La détresse péri-traumatique*

Elle se définit comme « la détresse émotionnelle et physiologique ressentie pendant et/ou immédiatement après un événement traumatique et est associée au développement et à la sévérité du trouble de stress post-traumatique et des difficultés psychologiques associées » (Bunnell et al., 2018, p.8). Certaines variables pré-traumatiques favorisent l'apparition et le maintien de la détresse péri-traumatique : les facteurs génétiques, des antécédents d'exposition à d'autres événements traumatiques, des facteurs psychologiques tels que certains traits de personnalité et la résilience (Anticevic et al., 2021). De plus, il existe un lien entre la détresse péri-traumatique et les facteurs sociodémographiques et psychologiques (Anticevic et al., 2021). Dans leur étude, Anticevic et al. (2021) soutiennent que le fait d'être exposé à un nombre plus important de facteurs de stress augmente le niveau de détresse péri-traumatique. Selon ces auteurs, ce seuil est influencé par le genre et l'exposition à un certain nombre de facteurs de

stress. De plus, des résultats plus faibles au niveau de l'engagement et de la résilience constituent également un risque de détresse péri-traumatique plus conséquente (Anticevic et al., 2021).

Dans la littérature, plusieurs études ont évalué les réactions pré-traumatiques depuis le début de la période COVID-19. Qui et al. (2020) annoncent que 35% des personnes interrogées lors de leur étude rapportent une détresse psychologique. Azoulay et al. (2020), quant à eux, indiquent que 32% des interrogés présentent une détresse péri-traumatique, pouvant provoquer des symptômes de stress post-traumatique, des réactions émotionnelles détachées, un épuisement émotionnel, un sentiment de culpabilité, de peur ainsi qu'un stress aigu et des troubles anxieux (Sun et al., 2021). Djilali et ses collègues (2022) ont étudié le niveau de détresse péri-traumatique auprès de la population algérienne au cours de la première année de la pandémie, elle semble présente chez 32,7% des participants en confinement.

Vulnérabilité à la détresse péri-traumatique

Les variables sociodémographiques influencent les réactions péri-traumatiques (Djilali et al., 2022 ; Anticevic et al., 2021). Selon de nombreux articles issus de la littérature scientifique, les femmes seraient davantage à risque de développer une détresse péri-traumatique à la suite d'un événement traumatique que les hommes (Al-Hanawi et al., 2020 ; Wang et al., 2020). Concernant la période COVID-19, le confinement est un facteur de vulnérabilité supplémentaire (Auxéméry & Tarquinio, 2020 ; Mengin et al., 2020). D'après Djilali et ses collègues (2022), le niveau de classe économique influence la vulnérabilité à la détresse émotionnelle. En effet, la situation sanitaire a exacerbé les différences entre les diverses classes sociales. La classe moyenne semble être la plus à risque (Djilali et al., 2022). Selon Jiang et al (2020), l'âge est également un facteur important de développement de détresse péri-traumatique, alors que dans la littérature, on ne le considère pas comme tel. Pourtant, des études (Jiang et al., 2020) démontrent que les personnes âgées ayant vécu un traumatisme collectif sont plus aptes à faire face aux facteurs de stress produits par la pandémie alors que les plus jeunes, n'ayant jamais vécu de tels événements, sont face à de multiples informations engendrant une « surcharge d'informations » augmentant l'anxiété et la peur ressentie. Il faudrait plutôt prendre en compte d'autres facteurs comme la situation conjugale et/ou le niveau d'étude (Djilali et al., 2022). Ceux-ci varient en fonction de la situation géographique et des

éléments historiques (Djilali et al., 2022). Dans leur étude, Anticevic et al. (2021) soutiennent que le fait d'être exposé à un nombre plus important de facteurs de stress augmente le niveau de détresse péri-traumatique, tout comme des capacités de résilience plus faibles (Anticevic et al., 2021).

2.2.2. *Isolement social*

Dans le cadre du COVID-19, plusieurs facteurs péri-traumatiques ont été mis en avant dans la littérature. C'est le cas de l'isolement social, que nous investiguons dans ce point, en raison de son rôle au sein du vécu générationnel et du lien familial.

Durant les confinements, il y a eu une augmentation du sentiment d'isolement social pouvant engendrer de nombreuses conséquences sur la santé mentale, telles que : des troubles du sommeil, de l'anxiété, du PTSD, des symptômes dépressifs (Allé et al., 2020 ; Chen et al, 2021), des tentatives de suicide, une consommation excessive de substances et des comportements agressifs (Mengin et al, 2020). Des études antérieures, comme celle de Allé et ses collaborateurs (2020), ont montré un lien entre isolement social et stress post-traumatique. Ces auteurs font part de leur étude ayant démontré que les prisonniers présentaient des symptômes dépressifs, des idées suicidaires et de l'irritabilité suite à leur mise en isolement. Il existe une corrélation entre confinement et PTSD. Des auteurs (Yuan et al., 2021) abordent l'isolement social durant le confinement et déclarent que ce facteur est majeur dans le développement de stress post-traumatique. De plus, le risque élevé ou la perception d'un risque élevé d'être contaminé par le COVID-19 est également un facteur à prendre en compte. Cela inclut le fait d'être contaminé, d'avoir des proches exposés au virus et de percevoir la menace d'être infecté (Yuan et al., 2021). Nous le savons, le confinement a induit la perte de contacts sociaux (Allé et al., 2020). Pendant la pandémie H1N1, une étude (Sprang et Silman, 2013) a montré une prévalence de 28% de symptômes de stress post-traumatique chez les individus confinés par rapport aux non-confinés (7%). Allé et ses collaborateurs (2020) expliquent que le confinement apporte une diminution du soutien social impactant directement la résilience des individus. Nous aborderons la notion de résilience plus en détail dans le point 3 de ce chapitre.

Dans la littérature, nous retrouvons des études mettant en évidence les effets qu'ont eus des périodes de confinement sur la santé mentale de la population générale. Ces conséquences

sont nombreuses : troubles du sommeil, augmentation de l'anxiété, PTSD, dépression, conduites à risque (suicide et addiction) et violences domestiques (Mengin et al., 2020 ; Djillali et al., 2021). Dans cette partie, nous soulignons que les facteurs péri-traumatiques sont des facteurs de risque au développement d'un trouble de stress post-traumatique.

2.3. Les facteurs post-traumatiques

Ils incluent les caractéristiques qui surviennent à la suite du trauma, il s'agit des facteurs *post-traumatiques* (Martin et al, 2006 ; DSM-5, 2013). C'est-à-dire, la confrontation constante à des rappels de l'évènement, les évaluations négatives ou le développement d'un stress aigu (DSM-5, 2013). Il y a des répercussions au sein des familles en raison des facteurs générés par la pandémie et plus précisément pendant les périodes de confinement. Le sentiment d'insécurité, l'ennui et la réduction des contacts sociaux sont des facteurs pouvant influencer négativement la santé mentale (Brooks et al., 2020). Il faut également tenir compte des pertes financières (Brooks et al., 2020) et d'autres pertes en lien avec le traumatisme (DSM-5, 2013). Martin, Germain et Marchand (2006) parlent de soutien social comme facteur de protection, la famille constitue une source de soutien importante (DSM-5, 2013).

3. Facteurs de protections

Toutefois, il ne faut pas négliger l'existence des facteurs dits de protection ou de résilience. En effet, ils contribuent au maintien de l'équilibre psychique de l'individu après un évènement traumatique (Bonanno, 2004 ; Martin et al., 2006). Notre étude évalue le niveau de résilience et les stratégies de coping utilisées par les différentes générations. C'est pourquoi, nous allons aborder en profondeur ces deux concepts.

3.1. La résilience

La résilience est définie par l'American Psychological Association (2020) comme « le processus de bonne adaptation face à l'adversité, aux traumatismes, aux tragédies, aux menaces ou aux sources importantes de stress — telles que les problèmes familiaux et relationnels, les problèmes de santé graves ou les facteurs de stress au travail et financiers. Autant la résilience implique de « rebondir » après ces expériences difficiles, autant elle peut impliquer une profonde croissance personnelle » (Derouiche-El Kamel & Hentati, 2021, p.71). Bonanno (2004) définit la résilience comme la capacité à maintenir un équilibre psychologique et à éprouver des émotions positives face à un événement traumatique. Dans leur article, Jean-Thorn et al., (2020) expliquent que certains auteurs affirment qu'il s'agit plutôt de la combinaison de comportements et de stratégies d'adaptation appropriées lors d'événements de vie stressants. Pour évaluer la résilience, il est important de tenir compte de l'interaction entre les individus et leur environnement (Waller, 2001 ; Kim-Cohen & Turkewits, 2012). Selon la littérature scientifique, il n'y aurait pas de prévalence concernant le sexe et le niveau de résilience (Derouiche-El Kamel & Hentati, 2021). Alors que l'âge serait plutôt un marqueur pertinent. En effet, les personnes âgées de 60 ans et plus présenteraient une plus grande résilience (MacLoed et al., 2016).

Dans la résilience personnelle, nous retrouvons les capacités de gestion du stress, un sentiment d'efficacité personnelle ou encore une expérience antérieure ou une formation aux réactions face à un événement traumatique. Par ailleurs, il est indispensable de différencier les individus résilients de ceux ayant un risque plus élevé au développement de trouble de stress post-traumatique comme évoqué dans le point « facteurs de risque au développement de trouble post-traumatique » (Martin et al., 2006). Une multitude de facteurs détermine la capacité de résilience d'un individu. Ces facteurs, interagissant les uns avec les autres, proviennent du quotidien de chaque individu. Il s'agit des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels (Derouiche-El Kamel & Hentati, 2021). La résilience psychologique est également influencée par d'autres facteurs tels que l'exposition au trauma, les caractéristiques psychiques de l'individu, mais aussi la famille et la communauté (Chen & Bonanno, 2020). La résilience dépend d'une personne à l'autre (Luthar et al., 2020), mais elle s'étale sur un continuum et peut varier selon les différents domaines de vie (Pietrzak & Southwick, 2011). Selon Kim-Cohen et Turkewitz (2012), cette compétence peut évoluer tout au long de la vie compte tenu du développement et de l'interaction avec son environnement. Selon certains modèles théoriques,

la résilience peut changer en fonction de l'évolution de la situation sanitaire actuelle (Chen & Bonanno, 2020). L'optimisme, la recherche de soutien social et de lien, l'information quant à la situation, adopter des stratégies de distraction et surtout réduire l'isolement social sont des facteurs essentiels pour le maintien et le développement de la résilience de chaque individu (Chen & Bonanno, 2020). La capacité de résilience spécifique à chaque génération va être développée au point « Les facteurs de protection et d'adaptation étudié dans le système familial ».

3.2. Les stratégies de coping

D'après Lazarus et Folkman (1984), les stratégies de coping constituent « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Mariage, 2001, p. 47). Le coping désigne la manière dont chaque individu va s'adapter à la situation (Tarquinio et Auxéméry, 2022). Plusieurs termes, tels que « stratégies d'ajustement » (Bruchon-Shcweitzer, 2002 cité dans Tarquinio et Auxéméry, 2022), « processus de maîtrise » (Corraze, 1992 cité dans Tarquinio et Auxéméry, 2022) et stratégies d'adaptation, sont empruntés pour représenter les stratégies de coping (Tarquinio et Auxéméry, 2022).

Nous pouvons établir un entre la résilience et les stratégies d'adaptation de chaque individu.

Il existe deux types de stratégies de coping (Folkman et Lazarus, 1980, cité dans Carver et al., 1989) :

- Le coping centré sur le problème
- Le coping centré sur les émotions

a) *Le coping centré sur le problème*

L'objectif est de résoudre le problème ou de modifier la source de stress. L'individu à la sensation qu'il est possible de faire quelque chose ayant un réel impact sur la situation (Folkman et Lazarus, 1980, cité dans Carver et al., 1989). Deux stratégies générales sont adoptées : la résolution du problème et l'affrontement de la situation. Concernant la résolution du problème, l'individu va être en recherche d'information et tenter d'élaborer un plan d'action.

C'est-à-dire entreprendre des actions et des efforts pour modifier le problème (Bruchon-Schweitzer, 2001).

b) Le coping centré sur l'émotion

Il s'agit de la gestion émotionnelle par rapport à la situation stressante. Dans ce type de coping, nous retrouvons des réponses comme le déni de la situation ou au contraire, dans la recherche de soutien social pour affronter cela (Folkman et Lazarus, 1980, cité dans Carver et al., 1989). Dans cette catégorie, nous retrouvons les réponses émotionnelles, comportementales, physiologiques et cognitives telles que la consommation de substances (alcool, drogues et tabac), la distraction via des activités, un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la situation, l'expression des émotions comme de l'anxiété et de la colère et minimiser la gravité de la situation (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Nous pouvons avoir recours à des stratégies centrées sur le problème et centrées sur l'émotion simultanément face à un même événement (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Suite à des précédentes catastrophes sanitaires, des études ont été réalisées sur l'importance des stratégies de coping et démontrent qu'il existe un réel impact positif sur le bien-être et la santé mentale lorsqu'elles sont adaptées (Sprang et Silman, 2013, cités par Aznar et al., 2021). Plus l'adaptation sera positive, moins le niveau de stress sera élevé (Vanderhasselt et al., 2014, cité par Aznar et al., 2021). Des stratégies d'adaptation efficaces permettent à l'individu de se protéger contre le développement de problèmes psychologiques à la suite d'un événement stressant. Alors que des réponses inappropriées peuvent amener à une perception d'échec et de détresse personnelle (Gurvich et al., 2020 ; Li et al., 2022). Des études, menées lors de précédentes pandémies, concluent que les stratégies les plus utilisées ont été centrées sur la résolution de problème, la recherche de soutien social et l'évaluation positive de la situation (Chew et al., 2020 ; Gurvich et al., 2020). De plus, un style d'adaptation positif et un soutien social constituent des facteurs de protection contre la détresse psychologique (Yu et al., 2020). L'étude de Gurvich et al. (2020) soutient que les stratégies basées sur les émotions positives sont plus efficaces que les stratégies centrées sur l'auto-culpabilité. Cela signifie que l'humour, l'acceptation et le recadrage positif sont des méthodes permettant d'éviter l'apparition de symptomatologie dépressive, d'anxiété et de stress (Gurvich et al., 2020). Tandis que d'autres recherches soulignent qu'utiliser des stratégies centrées sur le problème diminue

l'apparition de symptômes dépressif et d'anxiété (Terry, 1994 cité dans Tarquinio et Auxéméry, 2022). Ce type de stratégie permet d'agir directement sur la tension en supprimant le stresser (Tarquinio et Auxéméry, 2022). D'après Yu et al. (2020), les stratégies mises en place par la population chinoise au début de la pandémie ont notamment été de s'informer sur la maladie pour diminuer le climat de peur et d'instaurer un soutien permettant de réduire la détresse due à la distanciation sociale et l'isolement. Le soutien social a également été important afin de renforcer le bien-être psychologique des individus. Selon Beasley, Thompson et Davidson (2003), les stratégies axées sur la résolution de problème conduisent à une meilleure adaptation face à l'événement stressant. Le coping centré sur le problème va réduire la tension ressentie en faisant disparaître ou en diminuant le stresser (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Tout comme pour la résilience, nous développerons les stratégies de coping utilisées par les différentes générations au cours de la pandémie dans le point « Les facteurs de protection et d'adaptation étudié dans le système familial ».

Chapitre 2 : L'impact psychologique du COVID-19 au niveau intergénérationnel

1. Impact psychologique

1.1. Première génération : les grands-parents

1.1.1. Vulnérabilité de la génération

Dès son commencement, la pandémie a été considérée comme le « problème des personnes âgées » en raison de leur potentielle vulnérabilité (Bergman et al., 2020). Le niveau d'anxiété serait plus présent en fin de vie (taux de prévalence varie de 1,2% à 15%) (Byrne et Pachana, 2011, cité par Bergman et al., 2020). Au cours de la crise sanitaire, les mesures de distanciation physique auraient davantage affecté la population âgée. En effet, les proches étaient inquiets quant à leur état de santé et leur vulnérabilité à être infectés par le virus (Bergman et al., 2020) car l'âge est un facteur de risque important dans la contamination au Covid-19 (Bankole, 2022). A cause du confinement et suite au maintien des conditions de distanciations sociales, les grands-parents ont été privés de contacts directs avec leurs proches, leurs enfants et leurs petits-enfants. Cela a pu conduire à un sentiment de solitude (« écarts perçus entre les relations sociales réelles et souhaitées ») et d'isolement social (« sentiment de ne pas appartenir à la société ») (Hajek et König, 2020).

Plusieurs études ont été réalisées dans le but d'évaluer le bien-être psychologique au sein de la population âgée. Dans une première étude, Maamar et al. (2020) évaluent le niveau d'anxiété ressenti par les personnes âgées au début de la pandémie. Les résultats étaient de 35,1 % en ce qui concerne les troubles anxieux, 20,1 % pour les symptômes dépressifs et 18,2 % pour les troubles du sommeil (Maamar et al., 2020). Une autre étude réalisée en Espagne, par Vahia et ses collègues (2020), suggère que cette partie de la population présente des taux plus faibles d'anxiété, de stress post-traumatique et de symptômes dépressifs que la population dite jeune. De plus, les personnes âgées réagissent moins au stress et ont une meilleure régulation émotionnelle. Elles ressentent un meilleur bien-être que leurs descendants. Contrairement aux attentes, les personnes âgées semblent plus résistantes à l'anxiété, à la

dépression et au stress que peut susciter la période Covid. En effet, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont réalisé une enquête dont les résultats démontrent que les personnes âgées de 65 ans et plus ont présenté des pourcentages plus faibles concernant les troubles anxieux (6,2 %), les troubles dépressifs (5,8 %) et les troubles liés aux traumatismes et au stress (6,2 %) que la population plus jeune (Vahia et al, 2020). Pourtant, que les personnes âgées vivent à leur domicile ou en institution, elles inquiètent les chercheurs (Vahia et al., 2020). De plus, une étude menée aux Pays-Bas annonce que, même si le niveau de solitude a augmenté, le niveau de santé mentale chez les personnes âgées est resté similaire entre le début de la pandémie et la fin de la pandémie (Vahia et al., 2020). D'après la littérature, les personnes âgées ont été visées par les gouvernements comme étant la population la plus à risque de présenter des conséquences psychologiques, mais contre toute attente, les résultats ont démontré le contraire.

1.1.2. Isolement social

Au cours de la pandémie de Covid-19, les personnes âgées ont été confrontées à un isolement social plus conséquent.

Avant de poursuivre, deux notions sont à distinguer : isolement social et solitude. L'isolement social se rapporte « au manque et aux déficits observés dans les caractéristiques objectives du réseau social ou des relations d'un individu » (Bankole, 2022, p.148). Tandis que la solitude se réfère « au sentiment négatif dérivé de l'écart entre le réseau social ou les relations souhaitées et réelles » (Bankole, 2022, p.148).

Selon Grossman (2021), en raison de la distanciation sociale et de l'isolement en découlant, les personnes âgées ont pu ressentir de la solitude.

En raison de leur vulnérabilité à la contamination et leur risque de mortalité, une distanciation physique était vivement recommandée pour la population âgée durant la période COVID-19 (Bankole, 2022). Durant les différents confinements, les grands-parents ont été séparés de leur famille, suite aux mesures sanitaires. A l'exception des familles vivant sous le même toit (Maamar et al., 2020 ; Bankole, 2022).

Les interactions sociales étant essentielles au vieillissement « normal » d'un individu (Nicol et al., 2020), en raison de leur impact sur la santé mentale, l'isolement social a eu une influence sur les causes de mortalité chez les personnes âgées (Ishikawa, 2020). En effet, l'interaction sociale aide à la stimulation du cerveau, il peut y avoir des effets néfastes sur le cerveau en cas de distanciation sociale prolongée (Roy et al., 2020). De plus, l'isolement social constitue un facteur de risque pour le développement d'une symptomatologie dépressive (Courtin & Knapp, 2017 ; Holt-Lunstad et al., 2015 ; TF Hughes et al., 2013, Umerson & Karas Montes, 2010, cités par Bergman et al., 2020 ; Bankole, 2022), d'anxiété (Bergaman et al., 2020 ; Bankole, 2022) et facteurs de stress (Courtin & Knapp, 2017 ; Holt-Lunstad et al., 2015 ; TF Hughes et al., 2013, Umerson & Karas Montes, 2010, cités par Bergman et al., 2020).

1.2. Deuxième génération : les parents

1.2.1. Stress parental

Suite à la fermeture des écoles et au confinement en mai 2020, un parent sur cinq éprouvait un niveau de stress élevé et trois sur quatre ont indiqué ressentir une augmentation du stress par rapport à leurs compétences parentales (Adams et al., 2021).

Des études ont montré que l'amplification du niveau de stress est une réaction initiale à la pandémie. Adams et al.(2021) ont découvert que les personnes ayant des enfants auraient tendance à subir plus de stress que celles n'en n'ont pas. La majorité des parents, ayant répondu à l'étude, ont confié avoir des difficultés à assurer leur rôle de parents au cours de la pandémie COVID-19. Plusieurs facteurs influencent ces difficultés ressenties, notamment le changement des routines familiales, l'anxiété par rapport à la situation sanitaire et les inquiétudes qui en découlent. Certains parents ont instauré des activités familiales, dans le but de maintenir un contact visuel et une certaine routine. Cela confirme l'importance des ressources fournies au sein de la famille en période de stress et permet d'offrir une sociabilité dans un environnement limitant les interactions sociales (Adams et al., 2021). Le manque de soutien social est un facteur important dans le développement du stress et de l'épuisement parental (Sorkkila & Aunola, 2019).

Selon McConkey (2020) et Jones et al. (2022), le bien-être des parents reprend leur sentiment subjectif concernant la santé émotionnelle, la qualité de vie et le soutien social. Afin de minimiser les facteurs de stress liés à la pandémie, une stratégie est d'augmenter l'utilisation des moyens virtuels dans les contacts sociaux et ainsi, bénéficier de soutien social.

Bourgou et al. (Tunisie,2022) ont réalisé une étude en interrogeant les parents par rapport à leur ressenti de la situation pandémique. Les résultats avancent que les mères vivent plus difficilement la crise sanitaire. Cependant, ils n'ont démontré aucun lien avec la présence d'une personne infectée dans l'entourage des participants. L'incertitude quant à l'avenir et la durée de la pandémie ainsi que les conséquences telles que l'isolement participent au ressenti négatif des parents (Bourgou et al., 2022).

1.3. Troisième génération : les enfants

De même que les générations cotées précédemment, les périodes de confinement ont eu un impact majeur sur les enfants. En effet, la multiplication des sources d'anxiété et de stress a mené à des pathologies telles que la dépression ou le PTSD (Fong, & Iarocci, 2020, cité par Gindt et al., 2021).

Plusieurs études ont été réalisées dans le but de mettre en évidence les conséquences psychologiques de la pandémie. Cette population sensible doit bénéficier d'une attention particulière (Zhou et al., 2020).

Orgilès et al. (2020) présentent une étude évaluant l'impact émotionnel de la quarantaine sur les enfants et les adolescents en Italie et en Espagne. Ces deux pays ont été les plus touchés au début la pandémie. Les résultats indiquent que les symptômes les plus fréquents sont liés à des difficultés de *concentration* (76,6 %), *l'ennui* (52 %), *l'irritabilité* (39 %), *l'agitation* (38,8 %), la *nervosité* (38 %), le *sentiment de solitude* (31,3 %), le *sentiment de mal-être* (30,4 %) et la présence *d'inquiétudes* (30,1 %). En ce qui concerne les adolescents, une étude menée par Zhou et al. (2020) suggère qu'il y aurait une prévalence de symptômes *anxieux* (43,7 %), *dépressifs* (37,4 %) et une *combinaison de ces symptômes* (31,3 %). En Chine, les adolescents ont présenté plus de symptômes dépressifs pendant la période Covid que les

adultes. Les adolescents qui ont suivi l'évaluation de la situation, via des médias fiables et corrects, ont pu diminuer leur niveau d'anxiété. Le sentiment de sécurité est impacté positivement par la diminution de l'anxiété grâce au renforcement des mesures (Zhou et al., 2020). Dans leur article, Bourgou et ses collègues (2022) déclarent que les parents interrogés signalent un changement de comportement suite à la crise sanitaire chez 60% des enfants de moins de 12 ans et chez 20% des adolescents. Pour les enfants de plus de 12 ans, les conséquences se rapportent à une symptomatologie dépressive ou anxieuse (Bourgou et al. 2022). Une étude menée en Chine (Xie et al., 2020) met en évidence la présence d'affects dépressifs auprès de 22,6% d'étudiants évalués et des signes anxieux dans 18,9% des cas. L'explication de ces résultats serait que les jeunes doivent faire face à une situation inédite et s'y adapter, cela vient perturber leur rythme d'apprentissage (Zhou et al., 2020 ; Bourgou et al., 2022). Face à des événements stressants ou inattendus, un enfant se régule grâce à son entourage et se calque sur les réponses émotionnelles (Bourgou et al., 2022) et comportementales (Gindt et al., 2021) de ses proches, plus particulièrement ses parents (Bourgou et al., 2022 ; Gindt et al., 2021). Le rôle parental est de sécuriser l'enfant en lui expliquant la situation vécue, préservant ainsi son bien-être psychologique. Cependant, si les parents ressentent également de l'inconfort face à la situation, cela risque d'augmenter le niveau de stress ressenti par l'enfant (Gindt et al., 2021 ; Bourgou et al., 2021). Plus le stress des parents est élevé, plus les enfants présenteront des symptômes (Orgilès et al., 2020).

Au vu des mesures sanitaires telles que la fermeture des écoles, la limitation des loisirs, à l'intérieur, en petit groupe, les enfants et adolescents ont vécu un bouleversement dans leur quotidien (Orgilès et al., 2020). Les relations sociales étant restreintes, ils ont dû se tourner vers le numérique pour maintenir des contacts sociaux. En conséquence, les enfants ont passé plus de temps sur les écrans (téléphones portables, ordinateurs, téléviseurs, etc.) (Orgilès et al., 2020 ; Thierry et al., 2021). Ils ont également passé moins de temps à faire de l'activité physique et le nombre moyen d'heures de sommeil a diminué (Orgilès et al., 2020). De plus, 13 % des enfants interrogés ont révélé avoir connu des difficultés de concentration, souffert d'isolement et ressenti de l'anxiété. Orgilès et ses collègues (2020) déclarent que la privation d'interactions sociales augmente, également, l'anxiété des jeunes également. Le fait d'être resté à la maison a pu augmenter l'anxiété et faire émerger les plaintes de sommeil et les conséquences somatiques. Le besoin d'activité physique n'a pas toujours su être comblé, cela a pu créer des problèmes de comportements débouchant sur des disputes intrafamiliales (Orgilès et al., 2020).

Cependant, pour un quart des familles interrogées, les auteurs concluent que le climat familial s'est amélioré durant le premier confinement. Cette amélioration serait liée aux conditions sociales et matérielles. Ils constatent une amélioration de la vie de famille où les parents étaient en télétravail. Les familles à dominante ouvrière ont vécu l'inverse (Thierry et al, 2021).

1.4. Impact sur la dynamique familiale

Durant la crise sanitaire, les responsabilités familiales ont augmenté pour les parents d'enfants en âge scolaire, en raison de la fermeture des écoles. Les familles ont dû trouver des alternatives. En effet, le quotidien pouvait être source de conflit en raison de la charge de travail des parents et l'attention demandée par les enfants. La probabilité de conflit était plus élevée en raison de la charge de travail des parents et de l'attention que demandaient les enfants (Powell, 2020). De nombreux changements ont eu lieu au niveau de l'organisation familiale. La plupart des parents ont dû concilier le télétravail et l'enseignement à domicile. Cependant, tous ne pouvaient pas se permettre de télé-travailler en raison de leur emploi, considéré comme essentiel. Ils ont dû continuer à travailler sur place, ce qui a engendré un bouleversement dans la gestion de garde des enfants. Ces parents ont été confrontés à des facteurs de stress plus importants quant à leur exposition au virus et celle de leur famille (Ahmad et al., 2020 ; Lateef et al., 2021). Selon Bowlby (1969), lorsque les interactions entre enfants et parents sont de bonnes qualités, cela peut apporter un plus grand sentiment de confiance et de sécurité chez l'enfant (Cao et al. 2021). Selon Blake (1981), cité dans Cao et al., 2021, les enfants uniques reçoivent plus d'attention et d'encouragements de la part de leurs parents, ce qui influencerait positivement leur stabilité psychologique pendant la période Covid. Le nombre d'enfants vivant au domicile influencerait le niveau de stress des parents durant la crise sanitaire. Le niveau de stress parental jouerait un rôle sur les capacités de donneur de soins, ce qui engendrerait l'utilisation de stratégies non appropriées (Cusinato et al., 2020).

Il existe un lien entre le ressenti des parents et les changements dans les routines des enfants. Lorsque les parents estimaient que la cohabitation était plus difficile, leurs enfants avaient tendance à passer plus de temps sur les écrans (Orgilès et al., 2020). Or, lorsqu'ils décrivaient la cohabitation durant le confinement comme facile et agréable, les résultats de l'étude de Orgilès et al. (2020) démontrent que leurs enfants passaient plus de temps à faire de

l'exercice physique. Le stress des parents et leur perception de la Covid-19 ont un impact sur le bien-être des enfants, dont les symptômes émotionnels et comportementaux (Orgilès et al., 2020). Les relations familiales positives sont importantes pour éviter les symptômes de dépression et de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents et une seule relation de soutien peut aider à compenser les effets de stress chez l'enfant (Prime et al., 2020). Les relations au sein de la fratrie encouragent l'enfant à s'adapter face à, par exemple, la détresse psychologique parentale. Même si de nombreuses familles ont été victimes de la distanciation sociale, une solution fréquemment utilisée a été le contact via une connexion virtuelle (téléphone, vidéo, écriture) (Prime et al., 2020).

2. Les facteurs de protection et d'adaptation étudiés dans le système familial

2.1. La transmission des défenses dans la même famille

Lors d'un événement traumatisant, la famille met en place des modes de défense qui se transmettent de génération en génération. En effet, l'enfant les apprend tout au long de son développement. Elles sont adoptées, par deux ou plusieurs membres de la famille dans le but de faire face à un événement provoquant des sentiments désagréables tels que l'angoisse. Il s'agit donc de la manière dont les membres de la famille vont faire face à un événement. La famille va réagir « en groupe » pour résister aux traumatismes. La transmission n'est pas seulement le vécu de l'événement traumatisant, mais ce sont également les défenses utilisées de manière individuelle ou collective face à ce traumatisme (Nicolo & Strinati, 2007).

2.2. La résilience

2.2.1. Première génération : les grands-parents

Une étude (Derouiche-El Kamel & Hentati, 2021) s'est intéressée au niveau de résilience de la population. Elle reflète que la tranche d'âge possédant la plus grande capacité

de résilience serait celle des plus de 60 ans. Dans la littérature, MacLeod et al. (2016) soutiennent que les personnes âgées présentent une grande résilience malgré les antécédents socio-économiques et leurs expériences personnelles. Et ce, même si les personnes de cette tranche d'âge (60 ans et plus) représentent près de 94 % des décès à la Covid-19 au début de la pandémie. Il ressort également de cette étude qu'une différence significative existe entre les 60 ans et plus et les 25-59 ans. Vahia et al.(2020) déclarent que les personnes âgées ont une plus grande résilience aux effets du COVID-19 sur la santé mentale. L'interaction entre des facteurs internes (croyances, capacité cognitive, personnalité, santé physique) et externes (ressources financières, statut social) pourrait expliquer le niveau de résilience plus élevé des personnes âgées (Laird et al., 2019).

2.2.2. Deuxième génération : les parents

Les jeunes adultes présentent un niveau de résilience plus faible que les autres participants. La cause de cette observation pourrait être le changement d'habitudes et du mode de vie (Derouiche-El Kamel & Hentati, 2021). Dans une étude basée sur un échantillon de sujets âgés de 22 ans, Shanahan et al. (2020) concluent que les facteurs économiques et sociaux sont plus rapidement associés à la détresse que le risque d'exposition au coronavirus.

La perception du parent sur son efficacité parentale et l'estime de soi ont une importance dans la résilience familiale (Dujardin, Ferring et Lahaye, 2024). Selon Amoros et al. (2011), le parent est à la base de ce processus. Cela signifie que la résilience familiale va être influencée par les compétences et ressources parentales c'est-à-dire des modèles éducatifs cohérents, passer des moments en famille et en assurer la complicité et la communication (Bouteyre, 2010).

2.2.3. Troisième génération : les enfants

La résilience des enfants est un facteur de protection de leur bien-être psychologique (Cusinato et al., 2020).

L'étude de Cusinato et ses collègues (2020) démontre une corrélation négative entre la résilience des enfants et le niveau de stress des parents. Selon plusieurs auteurs (Wyman et al., 1999 ; Waters et Sroufe, 1983), la résilience est un processus dynamique grâce auquel l'enfant va avoir recours à ses ressources internes et les éléments de son environnement. Au cours de sa jeune enfance, il va développer cette compétence par la relation socioaffective des parents. En grandissant, l'enfant va acquérir davantage de ressources internes (Provost et al., 2001).

2.2.4. Le système familial comme ressource de résilience ?

Nous avons déjà eu l'occasion d'aborder la résilience comme facteur de protection dans le point « facteurs de risque ». Pour rappel, le concept de résilience évoque « la capacité à rebondir » en tant qu'« adaptation positive » dans un contexte d'adversité important (Derouiche-El Kamel & Hentati, 2021).

Après avoir brièvement abordé la résilience individuelle chez les grands-parents, parents et enfants, nous allons nous pencher sur le concept de *résilience familiale*. D'après Dekel (2017), les systèmes familiaux peuvent être considérés comme une ressource importante influençant la résilience individuelle. Pour mieux comprendre cela, nous nous intéressons à la manière dont Dekel (2017) définit ce concept ; il fait référence à « la famille comme un système fonctionnel, impacté par des événements et des contextes sociaux très stressants, qui, à leur tour, facilite l'adaptation positive de tous les membres de la famille et renforce leur unité » (Dekel, 2017, p.11). Bien que la vulnérabilité au stress soit propre à chacun (Derouiche-El Kamel et Hentati, 2021), il a été démontré par certains auteurs que les effets des traumatismes sont en lien avec la capacité de rechercher la sécurité et le confort auprès des autres. Walsh (2016) affirme que le fait d'avoir des liens forts avec nos proches et la présence de ceux-ci en cas de besoin permettent de diminuer le sentiment d'insécurité et d'impuissance. Cela signifie que les systèmes de croyances familiales favorisent la résilience. En effet, les croyances

familiales permettent : de donner du sens à la situation ; d'adopter une vue d'ensemble plus positive ; et d'adopter la transcendance et la spiritualité (Prime et al., 2020). La qualité de la communication, l'adaptabilité et la cohésion familiale semblent être des facteurs de résilience essentiels au niveau familial (Chen & Bonanno, 2020). Cependant, le confinement vécu en famille ne semble pas avoir impacté positivement la résilience. Ceci explique la cohabitation difficile durant ce contexte de pandémie. Effectivement, des faits de violence domestique au sein des familles ont été relevés durant cette période, en raison d'un potentiel déséquilibre dû à la fermeture des écoles et des restrictions de voyage (United Nations International Children's Emergency Fund, 2020). Comme l'expliquent Prime, Wade et leur collègue Browne (2020), la crise sanitaire a perturbé les mécanismes de base de la vie quotidienne. Un impact s'est également fait ressentir au niveau des rituels familiaux. Les rassemblements des familles à l'occasion de fêtes religieuses ou de célébrations de mariage ou de naissance n'ont pas pu avoir lieu pendant toute une période à la suite des restrictions mises en place. Cela a provoqué un chamboulement, en particulier pour les enfants pour lesquels les rituels et les routines sont très importants.

Les familles touchées par un proche malade du COVID-19 ont subi des perturbations supplémentaires concernant les règles et les routines liées à la maladie (Crespo et al., 2013). La perte inattendue d'un ou plusieurs membres a laissé place au deuil (Prime et al., 2020).

Au niveau de la relation parent-enfant, certains auteurs insistent sur l'importance de la communication transparente à propos de la crise sanitaire, en tenant compte du stade de développement de l'enfant (Dalton, Rapa, & Stein, 2020). Il s'agit d'un moment opportun pour axer les discussions sur les émotions et les changements vécus au sein de la famille durant cette période inédite pour l'enfant. Le réconfort et la normalisation des sentiments difficiles sont importants également (Prime et al., 2020). Dans leur article scientifique, Prime et ses collègues (2020) mettent en évidence l'importance des relations et des croyances familiales dans les épisodes de stress ou lors d'événements majeurs de la vie. En mettant l'accent sur cela, l'enfant aura l'opportunité de se confier et de bénéficier du soutien de ses proches. De plus, Mekiri (2013) confirme que la famille joue un rôle important dans la résilience de ses membres, surtout pour les adolescents qui sont en plein développement. Durant la période de confinement, les comportements des parents étaient significativement liés à leurs symptômes d'intériorisation, influencés, eux-mêmes, par les difficultés d'intériorisation, problèmes d'intériorisation de leurs enfants. La façon dont les parents perçoivent la crise sanitaire influence leurs enfants

(Crescentini et al., 2020). Le système de croyances familiales aide les membres de la famille à comprendre les événements liés à la pandémie, influençant ainsi la résilience familiale (Prime et al., 2020 ; Crescentini et al., 2020). Il est intéressant de tenir compte de l'influence de la qualité de la relation parent-enfant sur les symptomatologies anxio-dépressive (Harkness et Monroe, 2002). En effet, plus les relations parent-enfant sont bonnes, plus le niveau de résilience des enfants face à une dépression et/ou de l'anxiété sera élevée (Cao et al., 2021).

Enfin, cela souligne l'importance de la résilience familiale sur la santé psychologique des parents et des enfants. Notons également que le bien-être des enfants est un facteur de protection du stress parental. Dans ce sens, chaque membre du système familial a une influence sur l'adaptation des autres membres et impacte le développement de nouvelles ressources (Cusinato et al., 2020).

2.3. Les stratégies de coping

Afin d'enrichir notre revue de littérature, nous avons été attentifs aux articles disponibles concernant les stratégies de coping parmi les différentes générations. Par exemple, certaines études se sont interrogées sur les stratégies utilisées par les parents à risque ou ayant un enfant nécessitant des besoins particuliers (Maillot-Collet & Baeza-Velasco, 2022).

2.3.1. Première génération : les grands-parents

Selon Fuller & Huseth-Zosel (2020), les personnes âgées auraient tendance à utiliser davantage de stratégies de coping en raison de leurs expériences de vie. D'autres études soutiennent cette hypothèse qui est que les personnes âgées s'adapteraient plus aisément que les jeunes et auraient de meilleures capacités de gestion du stress, grâce à leurs stratégies d'adaptation (Fuller & Huseth-Zosel, 2020). Les personnes âgées utilisant des stratégies axées sur les problèmes tels que la confrontation au problème et la résolution planifiée, diminuent leur détresse psychologique (Levasseur et Couture, 2014).

Fuller et Huseth-Zosel (2020) affirment, quant à eux, que les personnes âgées seraient plutôt en recherche de soutien social. Au vu des circonstances stressantes, les personnes âgées étaient plutôt en recherche de soutien et de réponse empathique de la part de leur entourage (Fuller & Huseth-Zosel, 2020). Une étude de Couture, Larivière et Lefrançois (2005) révèle que les aînés étant en détresse psychologique vont plutôt avoir recours à des stratégies de type « évitement ». Un ajustement psychologique négatif est associé à des stratégies de coping axées sur l'émotion (Couture et al., 2005 ; cité dans Levasseur et Couture, 2014). Les relations sociales semblent avoir une influence positive sur la qualité de vie des personnes âgées. Celle-ci étant un prédicteur de la mortalité chez les personnes âgées (Brown et al., 2015, cités dans Andrade et al., 2020). Des recherches montrent que le soutien social aide les personnes âgées à être plus résilientes, plus celui-ci est élevé, plus la personne est protégée contre les difficultés psychologiques (Gorenko et al., 2020). La famille permet un contact social rapproché dans lequel les individus sont impliqués. C'est pourquoi, le rôle de la famille est essentiel pour prédire une meilleure qualité de vie chez les personnes âgées (Abdala et al., 2015, cité par Andrade et al., 2020) mais aussi dans l'acceptation du processus de vieillissement. Ainsi, selon Campos et ses collègues (2017), le soutien familial favorise la réduction des effets négatifs du stress au niveau de la santé mentale et augmente les capacités de résilience (Andrade et al., 2020). Au fil des années, le soutien émotionnel du système familial est plus important. Il existe un lien avec la diminution de l'incidence de la dépression et l'amélioration la qualité de vie des personnes âgées (Lu et al., 2017).

2.3.2. Deuxième génération : les parents

Durant la pandémie, les parents ont été confrontés à de nombreux facteurs de stress. Des études ont montré que durant la période Covid-19, plus les individus ont utilisé des stratégies d'adaptation positives et adaptatives, plus ils ont développé des capacités de résilience (Robles-Bello et al., 2020).

Les femmes auraient tendance à adopter des stratégies axées sur l'émotion et la recherche de soutien social alors que les hommes, eux, auraient tendance à utiliser des stratégies centrées sur le problème (Chabrol et Callahan, 2018). Selon Faisal-Cury (2014), les stratégies les plus efficaces chez les jeunes mères seraient celles centrées sur le problème. Elles

diminueraient leur niveau d'anxiété alors que les stratégies émotionnelles favoriseraient les symptômes anxio-dépressifs. Nous abordons, plus en détails, le vécu des mères, car les études concernant les stratégies de coping utilisées par les pères se font rares. Pourtant, ceux-ci sont tout autant acteur dans leur rôle de parentalité que les mères (Maillot-Collet & Baeza-Velasco, 2022).

2.3.3. Troisième génération : les enfants

Le type de stratégies de coping utilisées varie selon l'âge de l'enfant. Plus il est âgé, plus il va être à la recherche de résolution de problème que de soutien social (Dumont, 2001). D'autres auteurs vont dans ce sens, les plus jeunes enfants (en âge scolaire) adoptent des stratégies concernant le soutien émotionnel familial et social pour faire face à un événement stressant (Prinstein, La Greca, Vernberg et Silverman, 1996 ; cité par Dumont, 2001). Les stratégies les plus adoptées par les enfants de 8 à 12 ans sont la recherche de soutien social alors que l'exercice physique et la restructuration cognitive sont moins utilisés. A l'âge de 9 ans, ils ont principalement des réponses émotionnelles et ont recours à l'évitement. Cela s'estompe vers l'âge de 10 ans. A 11 ans, ils vont préférer pratiquer des activités à des fins de distractions et à 12 ans, ils vont y ajouter des moments de relaxation (Muir Ryan, 1989 ; cité par Dumont, 2001). Finalement, le développement des stratégies de coping dépend du degré de maturité de l'enfant (Compas, 1998 ; cité par Dumont, 2001). Au long de son développement, il va acquérir de nouvelles ressources qui vont alimenter sa capacité à faire face à un événement stressant (Dumont, 2001).

2.3.4. Au niveau familial

A l'heure actuelle, peu de recherches ont été réalisées à propos des stratégies d'adaptation des familles durant la pandémie COVID-19.

Les stratégies de coping se développent généralement au sein du système familial ou parmi les groupes d'amis, l'école, ... (Dumont, 2001). Selon Salin et ses collègues (2020), les stratégies les plus utilisées au sein d'un groupe sont d'écouter les directives données par les

experts et être à la recherche de soutien ainsi que de réconfort. Bankole (2022) déclare que les liens sociaux sont importants dans la préservation de la santé, dans l'amélioration de la qualité de vie et dans la réduction de la morbidité et de la mortalité. Pour maintenir le contact social, les familles ont utilisé les réseaux sociaux (visio, discussion en ligne, ...) pour préserver le soutien social (Sit et al., 2022) et « remplacer » provisoirement les contacts physiques durant la période Covid-19 (Hajek et König, 2020).

Les familles ont développé diverses stratégies pour faire face au confinement pendant la pandémie du COVID-19 (Gerhold, 2020 ; cité par Salin et al., 2020). Suite aux stratégies décrites par Folkman et Lazarus (1980), nous pouvons analyser celles utilisées principalement par les familles. Les stratégies centrées sur la résolution de problème les plus utilisées ont été l'écoute des experts et de leurs conseils ainsi que la remise en question des comportements personnels suite à la crise sanitaire (Gerhold, 2020 ; cité par Salin et al., 2020). Ensuite, les méthodes centrées sur l'émotion principalement utilisées ont été d'accepter la situation et de tenter de se distraire par le biais d'activités (Gerhold, 2020 ; cité par Salin et al., 2020).

Le soutien social a un impact sur la qualité des relations entre les générations d'une même famille. Selon plusieurs auteurs (Ayalon et al., 2020 ; Morrow-Howell et al., 2020), dans certaines familles, les liens entre les différentes générations ont pu être consolidés, mais a contrario, dans d'autres, des tensions entre les générations ont pu être intensifiées durant la pandémie. La solidarité (Gilligan et al., 2015) entre les membres de la famille et leur cohésion (Gilligan et al., 2020) entre eux prédisent la qualité des relations intergénérationnelles, notamment en s'appuyant sur le partage des valeurs (Gilligan et al., 2015 ; Gilligan et al., 2020). Par exemple, par rapport au soutien à fournir durant cette crise sanitaire et les précautions de sécurité à prendre. Les tensions entre les générations sont susceptibles d'entraîner des symptômes dépressifs et de stress plus importants face à la pandémie (Gilligan et al., 2020).

Les résultats d'une étude de Achterberg et al. (2021) démontrent qu'il existe une association significative entre le coping négatif du parent et celui de l'enfant. Par ailleurs, Wilson et ses collègues (2010) ont étudié le rôle de la parentalité dans les comportements et réponses de leurs enfants lors de périodes de stress, dans ce cas-ci, il s'agissait des attentats du 11 septembre 2001. Les auteurs en concluent que la rumination et la communication parentale ont un impact direct sur le bien-être des enfants et donc sur le risque de développer un stress post-traumatique (Wilson et al., 2010). De même, pour la période Covid-19, les parents auraient

éprouvé des difficultés à communiquer au sujet du Covid-19 avec leurs enfants et les risques de développer des difficultés psychologiques chez les enfants (Whittle et al., 2020 ; Achterberg et al., 2021), d'où l'importance pour les parents d'adopter des stratégies d'adaptation appropriées (Achterberg et al., 2021). De nombreuses familles ont profité des périodes de confinement pour passer plus de temps ensemble (Gerhold, 2020 ; cité par Salin et al., 2020). Il est primordial que les parents offrent aux enfants un espace de parole et d'échange concernant la crise sanitaire. L'accès aux informations et les réponses à leurs questions sont essentiels. Le dialogue et l'écoute permettent aux enfants de déposer leurs émotions, en sécurité. Lorsque les interactions émotionnelles des enfants sont normalisées par leur parent, cela entraîne une diminution de l'anxiété (Dalton et al., 2020).

III. Objectif et hypothèses

1. Objectif de la recherche

Le COVID-19 étant une problématique actuelle et nous concernant tous semblait être un sujet pertinent dans le cadre de ce mémoire. Comme nous l'avons mentionné lors de notre introduction, il était intéressant de comprendre comment les différentes générations d'une même famille ont vécu la période COVID-19. La littérature scientifique s'est penchée sur les conséquences psychologiques à la suite de la période COVID-19 au sein de la population. Les études à propos de l'impact du vécu d'une génération sur une autre dans un système familial se font rares. Les stratégies utilisées afin de faire face à la pandémie n'ont pas encore fait l'objet de nombreuses études, encore moins concernant les stratégies utilisées par les familles. C'est pourquoi nous souhaitons contribuer à la recherche du vécu de cette période inédite.

L'objectif de cette étude est de comparer le vécu des différentes générations. Par générations, nous entendons trois publics différents : les enfants ; les parents ; et les grands-parents. Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé leur vécu à travers leur niveau de détresse péri-traumatique, leur capacité de résilience ainsi que les stratégies de coping mises en place pour faire face à cet événement stressant.

2. Hypothèses

L'objectif de cette étude est donc de comparer le vécu de trois générations d'une même famille entre elle et d'observer comment le vécu d'un membre de la famille impacte le vécu d'un autre.

Il y a trois hypothèses principales :

- **Le niveau de la détresse péri-traumatique des enfants, des parents et des grands-parents corrèle positivement.**

La première hypothèse de cette recherche est qu'il existe un lien entre le niveau de détresse péri-traumatique des trois générations. Dans la littérature, nous avons appris que les enfants ont tendance à s'accorder aux réactions de leurs parents (Josse, 2011). C'est-à-dire que la manière dont les parents vont se comporter et agir à la suite d'un événement stressant va influencer l'apparition de symptômes de stress post-traumatique de leurs enfants (Chartier et al., 2021). Une corrélation positive entre la détresse péri-traumatique des parents et celle des enfants est observée à la suite d'un événement potentiellement traumatique (Gallo et al., 2018). Grâce à cette hypothèse, nous souhaitons observer si cet effet est vrai sur les trois générations étudiées.

- **Le niveau de résilience des trois générations, au sein d'une même famille, est corrélé positivement.**

De nombreuses études ont évalué le niveau de résilience des enfants en lien avec celui des parents. Dans la littérature, nous lisons que la famille consiste en une ressource pour la résilience individuelle (Dekel, 2017). Ensuite, la façon dont les parents perçoivent la situation pandémique influence leurs enfants (Crescentini et al., 2020). Nous nous interrogeons sur l'existence de ce lien au sein d'une famille.

- **Le type de stratégies de coping centré sur le problème utilisé par les enfants, parents et grands-parents corrèle positivement.**

Cette hypothèse soutient que les membres d'une même famille vont utiliser le même type de stratégies d'adaptation. Par là, nous cherchons à étudier la stabilité de la stratégie de coping d'une génération à une autre. La manière dont les parents vont réagir va impacter les capacités d'adaptation des enfants, surtout lorsqu'il s'agit de période de stress (Wilson et al., 2010). Nous savons que la communication parentale influence directement les bien-être des enfants et leurs réactions (Wilson et al., 2010). Les stratégies de coping centrée sur le problème semble plus efficaces. De plus, lors de la pandémie, il a été observé que les familles avaient tendance à avoir recours à des stratégies telles que le respect des gestes barrières et l'écoute des conseils des experts.

Dans cette hypothèse, nous évaluerons également si le même type de stratégie est utilisé en majorité par les différentes générations qui composent notre échantillon.

- **Les grands-parents obtiennent des résultats plus faibles à l'échelle de détresse péri-traumatique en comparaison aux deux autres générations en raison de leur capacité de résilience.**

Dans la littérature scientifique, nous découvrons que, contrairement aux attentes, les personnes âgées ont une meilleure régulation émotionnelle et ont été moins impacté psychologiquement par la crise sanitaire (Vahia et al., 2020). Dans notre revue de la littérature, nous avons abordé le fait que les personnes âgées ont tendance à avoir des capacités de résilience plus développées que leurs descendants. Grâce aux différents événements vécus au cours de leur vie, ils ont développé des stratégies de coping et des capacités de résilience plus efficaces.

IV. Méthodologie

1. Population

Pour répondre à nos différentes hypothèses, nous avons interrogé une quarantaine de familles à l'aide de questionnaires. Nous développerons les questionnaires utilisés dans la partie « matériels utilisés ». Pour chaque famille, trois membres de celle-ci ont été interrogés. Pour la première génération et la deuxième génération, nous avons distribué nos questionnaires aux individus remplissant cette fonction au sein de leur famille respective. En ce qui concerne la dernière génération, celles des enfants, nous avons limité l'administration des questionnaires à une tranche d'âge précise. Les enfants interrogés étaient âgés entre 8 et 18 ans. Le choix des questionnaires a dû être adapté à cette population. Les enfants ont pu bénéficier de l'aide de leur(s) parent(s) lors de la complétion de ceux-ci.

2. Recrutement

Une note informative a été rédigée afin d'informer chaque individu des objectifs de cette recherche et des conditions de passation, l'anonymat a été également un critère évoqué. De plus, un document concernant le consentement a dû être signé par chaque participant. Pour l'enfant, un de ses parents a dû marquer son accord concernant sa participation à l'étude. Les sujets ont été informés de la possibilité de mettre fin à leur participation à tout moment.

Afin de recruter un maximum de familles, nous avons procédé à une méthode du type « bouche-à-oreille ». C'est-à-dire que lorsqu'une famille acceptait de participer à ce projet, nous lui demandions si elle pouvait faire circuler notre projet d'étude à d'autres familles de son entourage. Grâce à cette méthode, nous avons récolté pratiquement une cinquantaine de questionnaires. Cependant, une quarantaine de ceux-ci ont été sélectionnés pour l'étude. Puisque quelques questionnaires n'ont pas été totalement complétés ce qui les a rendus invalides pour notre étude. De plus, quelques familles ont marqué leur accord pour participer à l'étude, ont complété les questionnaires, mais n'ont pas signé les documents de consentement. Cela a également rendu les questionnaires invalides, mais cette fois-ci du point de vue éthique.

Pour finir, une série de questionnaires distribués ne nous sont pas revenus complétés. De manière générale, 40 familles participent à cette étude. Cela signifie que 120 questionnaires ont été complétés par les trois générations interrogées et analysés par nos soins.

3. Matériels utilisés

Les participants ont été invités à compléter quatre questionnaires chacun. Pour chaque génération, des questionnaires spécifiques ont été préparés. Les participants ont été séparés en trois groupes afin d'analyser leurs scores.

Les questionnaires utilisés dans le cadre de cette étude sont :

- Questionnaire sociodémographique
- CD-RISC
- CYRM-R
- PDI
- WCC-R
- SRCS

Un tiers des sujets interrogés est âgée de 8 à 18 ans. Puisqu'il s'agit de participants mineurs, certains questionnaires ont été adaptés à cette population. En particulier pour les questionnaires la CD-RISC et le WCC-R pour la population adulte qui ont été respectivement remplacé par le CYRM-R et le SRCS. Plus loin dans ce point, nous décrirons chaque questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude.

En bref, tous les participants ont complété un questionnaire reprenant des données sociodémographiques, une échelle de détresse péri-traumatique, une échelle de résilience et un questionnaire évaluant les stratégies de coping utilisées face à un événement stressant.

3.1. Questionnaire sociodémographique

Les participants ont répondu à un questionnaire sociodémographique avant de passer à la suite des questionnaires. Ce questionnaire comprend des informations personnelles. Comme expliqué précédemment, il y a un questionnaire différent pour chaque population. Celui destiné aux enfants reprend des informations concernant : si l'enfant a été accompagné ou non lors de la complétion du questionnaire ; l'âge, le sexe et l'année scolaire de l'enfant ; le nombre de frères et sœurs, ainsi que leur âge ; un mot pour décrire le vécu durant la pandémie COVID-19 ; si la fréquence à laquelle l'enfant voit ses grands-parents a changé ; la fréquence à laquelle il voit ses grands-parents ; et la fréquence à laquelle l'enfant discute du coronavirus avec son (ses) parent(s). Le questionnaire destiné aux parents reprend globalement les mêmes informations, qui sont les suivantes : le sexe ; l'âge ; la nationalité ; l'état civil ; le métier ; le plus haut niveau d'étude atteint ; la superficie du logement ; le nombre d'enfants et leur âge, ainsi que leur année scolaire ; le ressenti par rapport à la crise sanitaire ; un mot pour décrire le vécu durant la pandémie COVID-19 ; les répercussions sur la dynamique familiale s'il y en a eu ; si la fréquence à laquelle l'enfant voit ses parents a changé ; la fréquence à laquelle il voit ses parents actuellement ; s'il vit avec une personne dit à risque ; et la fréquence à laquelle l'enfant discute du coronavirus avec son (ses) enfant(s). Le questionnaire destiné aux grands-parents concerne les mêmes informations récoltées dans le questionnaire pour les parents avec une question ajoutée à propos du nombre de petits-enfants. En annexe 2², 3³ et 4⁴, sont représentées toutes les informations demandées dans les questionnaires sociodémographiques propres à chaque génération.

3.2. Child and Youth Resilience Measure – Revised (CYRM-R) (Resilience Research Centre, 2016)

Cette échelle a été conçue dans le cadre de l'International Resilience Project. 14 collectivités et 11 pays ont participé à ce projet. Le Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) est un questionnaire auto-rapporté comportant 28 items. Le CYRM-28 porte sur

² Annexe 2 – Questionnaire sociodémographique destiné aux enfants

³ Annexe 3 – Questionnaire sociodémographique destiné aux parents

⁴ Annexe 4 – Questionnaire sociodémographique destiné aux grands-parents

les ressources permettant d'augmenter le niveau de résilience. Il s'agit des ressources individuelles, relationnelles, communautaires et culturelles. Le public visé par ce questionnaire sont les jeunes âgés de 9 à 23 ans. Tous les items doivent être répondus selon le modèle de Likert allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« énormément »).

3.3. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Hébert & Parent, 2018)

Le Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) a été élaborée par Connor et Davidson en 2003. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté pour adulte. Ce questionnaire comporte 25 items qui évaluent différents aspects de la résilience comme : le sentiment d'efficacité personnelle, la perception du soutien social, la capacité d'adaptation et l'acceptation au changement, la tolérance vis-à-vis de l'affect négatif. C'est selon le modèle de Likert que cette échelle a été construite. A chaque item, le sujet évalue sa réponse de 0 (« pas vrai du tout ») à 4 (« Vrai la plupart du temps »). Cinq facteurs sont évalués dans l'échelle : la compétence personnelle, la confiance en ses capacités, l'acceptation positive du changement, la contrôle et les aspects spirituels.

3.4. L'inventaire de détresse péri-traumatique (PDI) (Jehel et al., 2005)

L'inventaire de détresse péri-traumatique a été mis au point par Brunet et ses collègues. Ils ont proposé un questionnaire composé de 13 items visant à mesurer la détresse ressentie durant ou directement après un événement stressant. Ce questionnaire auto-rapporté a été validé au niveau psychométrique. Cela signifie que sa cohésion interne, sa mesure et sa stabilité au niveau du temps est similaires avec d'autres dimensions péri-traumatiques. L'inventaire de détresse péri-traumatique que nous avons utilisé dans le cadre de notre étude est la version française de l'échelle de Brunet et al. (2001). Jehel et ses collaborateurs (2005) en ont donc fait une version française validée.

L'inventaire de détresse péri-traumatique contient 13 items chacun cotés selon une échelle de type Likert allant de 0 à 4 (0 : pas du tout ; 1 : un peu vrai ; 2 : assez vrai ; 3 : très vrai ; 4 : extrêmement vrai). En répondant à ce questionnaire, les sujets sont invités à répondre

en fonction de ce qu'ils ont ressenti pendant et directement après l'événement vécu. Le score de la PDI varie de 0 à 52. Lorsque le score atteint au moins 15, cela indique une détresse significative. Les personnes obtenant un score élevé à cet inventaire sont à risque de développer des troubles de stress post-traumatiques. Cet inventaire semble être un bon indicateur de risque de trouble de stress post-traumatique.

3.5. Ways of Coping Checklist (WCC-R) (Langevin et al., 2013)

Cette échelle évalue les stratégies de coping, c'est-à-dire « l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (Lazarus & Folkman, 1984). Plusieurs versions existent, nous avons fait passer celle de Cousson et al (1996). Cette version de l'échelle se base sur une structure tridimensionnelle : 10 items sont consacrés au coping centré sur le problème, 9 items concernent le coping centré sur l'émotion et 8 items illustrent la recherche de soutien social. Cette version comporte donc 27 items au total, chacun est coté de 1 (« Non ») à 4 (« Oui ») suivant l'échelle de Likert à 4 modalités. La passation dure approximativement dix minutes. Pour la passation de la WCC-R, il est demandé aux sujets de penser à un événement récent qui les aurait bouleversés et pour chaque item, ils doivent indiquer s'ils ont utilisé ou non la stratégie proposée par le questionnaire. Afin de calculer le score total de la WCC-R, il suffit d'additionner les réponses de chaque item en fonction de la sous-échelle à laquelle il appartient. Il faut être attentif, car un des items doit être coté de manière inverse. Il s'agit de l'item « *j'ai contenu mes émotions* ».

Cette version du questionnaire a été validée avec une analyse en composantes principales avec rotation Varimax. Les résultats concluent à une variance totale de 11 à 16% pour les items centré sur le problème, 10 à 12% pour les items centrés sur l'émotion et 10 à 12% de variance totale concernant la recherche de soutien social.

Au niveau de la fidélité, l'échelle a été administrée deux fois à 59 sujets à une semaine d'intervalle. Lors de la seconde passation, il a été demandé aux participants de repenser au même événement stressant que pour la première administration. Il en ressort que le coefficient de corrélation est de 0,90 pour la catégorie « centré sur le problème », 0,84 pour la partie centrée

sur l'émotion et 0,75 pour « la recherche de soutien social ». La fidélité a donc été évaluée par la méthode *test-retest* et a été considérée comme satisfaisante.

Il n'est pas précisé la population visée par cette échelle. La version de Cousson et al (1996) a été testée sur 501 468 adultes âgés en moyenne de 27,5 ans. Il n'est pas précisé si les enfants peuvent passer ou non cette échelle. C'est pourquoi, par soucis de prudence, nous avons préféré faire passer une autre échelle aux enfants de notre échantillon afin d'avoir la certitude que l'échelle choisie soit validée pour cette population.

3.6. SRCS (Hébert et al., 2007)

Cette échelle évalue les stratégies d'adaptation chez les enfants. Elle est composée de 34 items répartis en plusieurs sous-échelles : recherche de soutien social ; résolution de problème ; distanciation, intériorisation ; extériorisation. La réponse se fait grâce à une échelle de Likert allant de jamais (1) à toujours (5). Au niveau des résultats, un score élevé signifie une plus grande fréquence d'utilisation de la stratégie d'adaptation concernée face à une situation stressante.

V. Composante éthique

La recherche en psychologie se doit de suivre le Code de déontologie des psychologues et respecter chaque participant dans leur intégrité, dans leurs droits, leur compétence et leur dignité.

Chaque information nécessaire à la compréhension de l'étude et au consentement de participation a été donnée aux participants. Les sujets ont participé à cette étude sur base volontaire. Chaque sujet a rempli un formulaire de consentement pour leur participation. Leur identité et les informations partagées grâce aux différents questionnaires sera maintenue anonyme et confidentielle. De plus, ils ont été informés du fait qu'ils pouvaient mettre fin à leur participation à tout moment au cours de l'étude. Enfin, l'accord du comité d'éthique de l'Université de Liège a été indispensable pour l'élaboration cette étude.

VI. Résultats

1. Données descriptives de l'échantillon

1.1. Données sociodémographiques

Notre échantillon était composé de 40 familles (n=40). Chaque famille était représentée par 3 membres (1 membre de chaque génération). Cela signifie qu'au total notre échantillon était représenté par 120 sujets.

1.1.1. Les enfants

Notre échantillon était composé de 50% (n=20) de filles et de 50% (n=20) de garçons. La moyenne d'âge des enfants recrutés était de 13 ans (E-T=2.94). La figure 1 représentée ci-dessous, indique la répartition des âges des enfants de chaque famille ayant participé à l'étude.

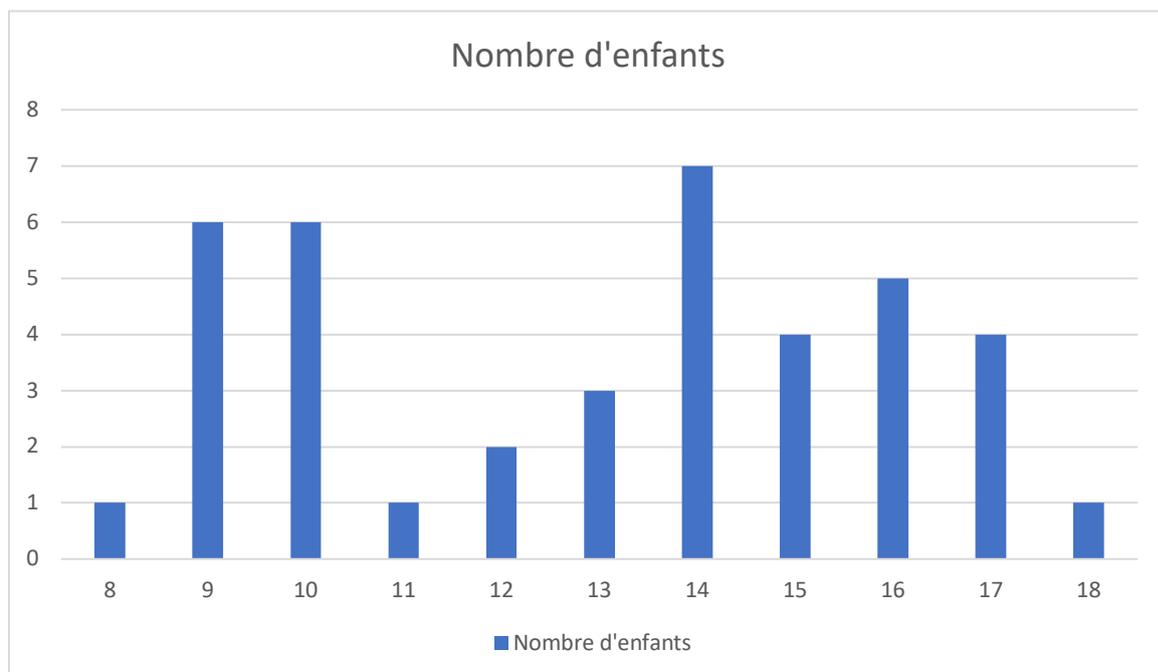


Figure 1 : Répartition des âges des sujets enfants

Tableau 1: Données sociodémographiques de l'échantillon enfants

		N	%
Sexe	Filles	40	50
	Garçons	40	50
Données familiales	Frères et sœurs	35	87,5
	Enfant unique	5	12,5
Changement au niveau de la fréquence à laquelle ils ont vu leurs grands-parents	Oui	22	55
	Non	18	45
Fréquence à laquelle ils voient leurs grands-parents (/an)			52,4
Fréquence à laquelle ils parlent du COVID-19 avec leur parent			4,5

En ce qui concernent les mots utilisés pour décrire leur ressenti par rapport à la pandémie, nous pouvons observer que les mots les plus utilisés sont : « bien » (22,5%), « nul » (10%), « ennuyeux » (5%) et « ennuyant » (5%), « difficile » (5%).

1.1.2. Les parents

Notre échantillon de parents était composé de 32,5% (n=13) d'hommes et de 67,5% (n=27) de femmes. La moyenne d'âge des parents recrutés était de 42,875 ans (E-T= 5.74).

Tableau 2 : Données sociodémographiques de l'échantillon « parents »

		N	%
Nationalité	Belge	40	100
Statut civil	Célibataire	5	12,5
	Marié	26	65
	Divorcé	1	2,5
	Autre	8	20
Métier	Employé et autre	28	70

	Secteur médical	12	30
Plus haut niveau d'étude atteint	Enseignement secondaire supérieur	15	37,5
	Enseignement post-secondaire non-supérieur	3	7,5
	Enseignement supérieur (bachelier, master, doctorat)	22	55
Superficie du logement	Entre 100 et 200 m ² sans jardin/terrasse	2	5
	Entre 100 et 200 m ² avec jardin/terrasse	24	60
	Plus de 200m ² avec jardin/terrasse	14	35
Nombre d'enfants par parent en moyenne			2,225 enfants par famille
Vivre avec un proche à risque	Oui	16	40
	Non	24	60
Changement de la fréquence des visites chez leurs parents	Oui	26	65
	Non	14	35
Fréquence à laquelle ils voient leurs parents (/an)			63,925
Fréquence à laquelle ils parlent du COVID-19 avec leurs enfants (/jour)			4,4

Lors de la récolte de données, nous avons observé qu'un grand nombre de participants de l'échantillon des parents travaillent dans le milieu médical. Les métiers du secteur médical représentés sont : ambulancier, infirmier et médecin. Il nous a semblé intéressant de le relever dans la description de notre échantillon puisque nous savons que les soignants peuvent avoir un vécu différent que des tous-venants.

Concernant les mots utilisés pour décrire leur ressenti par rapport à la pandémie, nous pouvons observer que les mots les plus utilisés sont : « stressant » (5%), « adaptation » (5%), « privation » (5%), « restrictions » (5%).

En ce qui concerne leur ressenti de la crise sanitaire, 87.5% des parents l'ont vécu plus difficilement, parlent d'anxiété, de stress lié à la pandémie. 5% l'ont vécu de manière plus positive, ils parlent de situation calme et de vision positive de la situation. Alors que 7,5% l'ont vécu de manière neutre, sans grands changements.

Concernant la répercussion de la pandémie sur la dynamique familiale, les parents ont principalement répondu en tenant compte des mesures imposées par l'état durant les périodes de confinement. En effet, la majorité (50%) indique avoir eu moins de contact avec les membres de la famille et avoir eu des difficultés à vivre cela. D'autres ont profité des périodes de confinement pour se rapprocher et faire plus d'activités ensemble (personnes vivant sous le même toit) (30%). Alors que certains n'ont pas observé de changement (17,5). Un parent explique vécu le décès de son compagnon durant la crise sanitaire, ce qui a directement affecté la dynamique familiale (2,5).

1.1.3. Les grands-parents

Notre échantillon de grands-parents était composé de 77,5% de femmes (n=31) et de 22,5% d'hommes (n=9). La moyenne d'âge des grands-parents était de 69,725 ans (E-T=7.43).

Tableau 3 : Données sociodémographiques de l'échantillon grands-parents

		N	%
Nationalité	Belge	38	95
	Moldave	1	2,5
	Italien	1	2,5
État civil	Célibataire	0	0
	Marié	27	67,5
	Divorcé	6	15
	Autre	7	17,5

Métier	Retraité	30	75
	Travaille toujours	10	25
Plus haut niveau d'étude atteint	Pas de diplôme ou certificat	1	2,5
	Enseignement primaire	1	2,5
	Enseignement secondaire inférieur	11	27,5
	Enseignement secondaire supérieur	14	35
	Enseignement post-secondaire non-supérieur	3	7,5
	Enseignement supérieur (bachelier, master, doctorat)	10	25
Superficie du logement	Moins de 50m ² sans jardin/terrasse	1	2,5
	Moins de 50m ² avec jardin/terrasse	1	2,5
	Entre 50 et 100m ² avec jardin/terrasse	8	20
	Entre 100 et 200m ² avec jardin/terrasse	20	50
	Plus de 200m ² sans jardin/terrasse	1	2,5
	Plus de 200m ² avec jardin/terrasse	9	22,5
Nombre d'enfants (en moyenne)			2,5
Nombre de petits-enfants (en moyenne)			4,55
Vivre avec un proche à risque	Oui	15	37,5
	Non	25	62,5
	Oui	29	72,5

Changements dans la fréquence des visites de la famille	Non	11	27,5
Fréquence à laquelle ils voient leurs petits-enfants (/an)			63,3
Fréquence à laquelle ils parlent du COVID-19 avec leurs enfants et petits-enfants (/jour)			4,7

Concernant les mots utilisés pour décrire leur ressenti par rapport à la pandémie, nous pouvons observer que les mots les plus utilisés sont : « solitude » (17,5%) et « stressant » (5%).

En ce qui concerne leur ressenti de la crise sanitaire, 82.5% des grands-parents disaient avoir mal vécu la période COVID-19. Ils la décrivaient comme situation de frustration, d'isolement, de stress, d'inquiétude et d'anxiété. Ensuite, 10% d'entre eux l'ont vécu de manière positive et ont pris conscience de profiter de chaque moment et 7,5% n'avaient aucun avis. En bref, nous observons que la majorité des grands-parents soulignent l'isolement social à cause des conditions de confinement et des règles de distanciations sociales imposées par l'État.

Concernant la répercussion de la pandémie sur la dynamique familiale, la majorité des grands-parents (60%) faisaient à nouveau part de l'isolement social induit par les mesures sanitaires. Ils expliquaient avoir eu des difficultés à gérer l'éloignement avec leurs enfants et petits-enfants, ne plus avoir de contacts rapprochés avec ceux-ci. Certains n'avaient observé aucun changement en ce qui concerne la dynamique familiale (27,5). Quelques-uns d'entre eux ont vu les liens entre les membres de la famille se souder, où le soutien était fort présent les uns pour les autres (12,5).

1.2. Statistiques descriptives

Nos analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi.

Enfants

Tout d'abord, la moyenne des scores obtenus au CYRM (*Child and Youth Resilience Measure*) est de 109 (E-T= 13.6). Ces résultats correspondent à une réponse moyenne de 3.89 (E-T=0.84). Grâce au test de Shapiro-Wilk, nous avons testé la normalité de cette variable et les résultats démontrent que la distribution est normale ($W= 0.98, p = 0.622 > 0.05$). Le niveau de résilience de chaque enfant varie de « très faible résilience » (=1) à « très grande résilience » (=5). Dans notre échantillon d'enfants, nous obtenons les résultats suivants : 60% (N=24) obtiennent une résilience neutre, 40% (N=16) possèdent une grande résilience.

Ensuite, concernant la détresse péri-traumatique (PDI) des enfants, ils obtiennent une moyenne de 11.9 (E-T=8.84). La variable n'est pas distribuée normalement ($W=0.881, p < 0.001$). Sachant qu'à partir d'un score total de 15 à la PDI, il y a une détresse significative, 30% des enfants de notre échantillon présente une détresse péri-traumatique significative.

Enfin, en ce qui concerne les stratégies de coping, les résultats obtenus au SRCS sont les suivants : recherche de soutien social (9.975, E-T=4.19), résolution des problèmes (14, E-T : 2.87), distanciation (9.275, E-T=3.18), intériorisation (10.225, E-T=3.66) et extériorisation (8.57, E-T=3.67). Dans le cadre de notre étude, dans une de nos hypothèses, nous avons utilisé uniquement les données récoltées à la sous-échelle « résolution de problèmes ». C'est pourquoi nous avons uniquement testé la distribution de cette variable. Selon le test de Shapiro-Wilk, cette variable est distribuée normalement ($W=0.945, p=0.050 > 0.005$).

Tableau 4 : Moyenne et écart-type de chaque questionnaire attribués aux enfants (CYRM, PDI et SRCS).

	Moyenne	Écart-type
CYRM	109	13.6
PDI	11.9	8.84
SRCS (résolution des problèmes)	14	2.87

Parents

Tout d'abord, la moyenne des scores obtenus à la CD-RISC est de 71.5 (E-T=9.73). La distribution de cette variable a été testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les résultats démontrent que la distribution est normale ($W=0.975$, $p=0.506>0.005$).

Ensuite, les résultats obtenus à la PDI sont de 8.82 de moyenne avec un écart-type de 5.07. La distribution de la détresse péri-traumatique au sein de l'échantillon des parents n'est pas normale ($W=0.746$, $p<0.001$). Concernant la taille de l'échantillon à présenter une détresse péri-traumatique significative, elle est de 5%. Cela signifie que 5% de l'échantillon « parents » obtient un score supérieur à 15 à l'inventaire de détresse péri-traumatique.

Enfin, les résultats du WCC-R sont répartis en trois sous-échelles. Notre échantillon a obtenu les moyennes et les écarts-types suivants : coping problème (26.6, E-T=4.59), coping émotion (18.8, E-T=4.06), coping soutien (18.925, E-T=4.49). Comme pour le SRCS, nous avons uniquement testé la distribution de la variable « coping problème » qui est normale ($W=0.954$, $p=0.108>0.005$).

Tableau 5 : Moyenne et écart-type de chaque questionnaire attribué aux adultes (CD-RISC, PDI et WCC).

	Moyenne	Écart-type
<i>CD-RISC</i>	71.5	9.73
<i>PDI</i>	8.82	5.07
<i>WCC (coping problème)</i>	26.6	4.59

Grands-parents

Tout d'abord, la moyenne obtenue par notre échantillon à la CD-RISC est de 64.7 (E-T=13.4). Grâce au test de Shapiro-Wilk, nous pouvons observer que la distribution de cette variable est normale ($W=0.977$, $p=0.572$). Ce score est inférieur à la moyenne dans la population (77.1 pour les femmes et 77.2 pour les hommes).

Ensuite, notre échantillon de grands-parents a obtenu une moyenne de 12.0 de détresse péri-traumatique et un écart-type de 8.06. La distribution de cette variable est normale ($W=0.943$, $p=0.043>0.005$). Nous observons que 35% de cet échantillon présentait une détresse péri-traumatique significative.

Enfin, tout comme pour l'échantillon des parents, nous allons présenter les résultats obtenus à la WCC-R en fonction des trois sous-échelles : coping problème (21.5, E-T=6.52), coping émotion (20.1, E-T=4.45), coping soutien (18.175, E-T=4.98). Comme pour le SRCS, nous avons uniquement testé la distribution de la variable « coping problème » qui est normale ($W=0.978$, $p=0.623>0.005$).

Tableau 6 : Moyenne et écart-type de chaque questionnaire attribué aux grands-parents (CD-RISC, PDI, WCC).

	Moyenne	Écart-type
CD-RISC	64.7	13.4
PDI	12.0	8.06
WCC (coping problème)	21.5	6.52

2. Analyse des variables en lien avec le vécu intergénérationnel

2.1. Résultats préliminaires

2.1.1. Sexe des participants

Les statistiques montrent un effet du sexe de l'enfant sur la détresse péri-traumatique ($t=-2.28$, $p=0.029$). En ce qui concerne les autres variables, il n'y a pas d'effet de l'âge sur la résolution de problème (SRCS_{prob}) ($t=177$, $p=0.539$) ni sur la résilience ($t=159$, $p=0.273$). Ensuite, le sexe des parents n'influence pas leur score à la détresse péri-traumatique ($t=160$, $p=0.052$), au coping problème (WCC_{prob}) ($t=156$, $p=0.571$) ni à la résilience ($t=171$, $p=0.908$). Il en est de même pour les grands-parents, les résultats statistiques ne sont pas significatifs pour la résilience

($t=85.5$, $p=0.083$), le coping problème ($t=97.5$, $p=0.178$) ni pour la détresse péri-traumatique ($t=1.61$, $p=0.183$).

2.1.2. *Âge des participants*

Les résultats démontrent que l'âge des enfants n'a pas d'influence significative sur la résilience ($r=-0.029$, $p=0.858$), sur la détresse péri-traumatique ($r=-0.164$, $p=0.312$) et sur la recherche de résolution de problème ($r=0.259$, $p=0.109$).

Il n'y a pas d'influence significative de l'âge des parents sur les différentes variables : détresse péri-traumatique ($r=0.018$, $p=0.912$), résilience ($r=0.106$, $p=0.513$) et coping problème ($r=0.012$, $p=0.941$). Il en est de même pour notre échantillon « *grands-parents* » : détresse péri-traumatique ($r=0.241$, $p=0.134$), résilience ($r=0.218$, $p=0.176$) et coping problème ($r=-0.039$, $p=0.809$).

Nous pouvons conclure que l'âge n'a aucun impact sur les scores obtenus aux différents questionnaires.

2.1.3. *Composition de la fratrie*

Le fait d'être enfant unique ou d'avoir des frères et sœurs n'influence sur la détresse péri-traumatique ($t=0.0644$, $p=0.951$) ni sur la résilience ($t=70.0$, $p=0.487$) des enfants.

2.1.4. *Type de résidence des participants*

Selon nos résultats, la superficie de la résidence des sujets a un effet significatif sur la détresse péri-traumatique ($r=0.317$, $p=0.047$) des grands-parents. Alors qu'elle n'a aucun effet significatif sur la détresse péri-traumatique ($r=0.228$, $p=0.158$) des parents.

2.1.5. Niveau d'éducation des participants

Il n'y a pas d'impact de cette variable sociodémographique sur la détresse péri-traumatique des parents ($r=0.098$, $p=0.547$) ni celle des grands-parents ($r=-0.086$, $p=0.547$).

2.1.6. Fréquence à laquelle ils voient les membres de leur famille

Il n'existe pas de relation entre la fréquence à laquelle les participants voient les membres de leur famille, sur la détresse péri-traumatique des enfants ($r=0.039$, $p=0.809$), des parents ($r=-0.040$, $p=0.808$) ni des grands-parents ($r=-2.63$, $p=0.101$).

2.1.7. Discussion à propos du COVID-19

Le fait de discuter du COVID-19 avec les membres de la famille a un effet significatif uniquement sur le coping problème ($r=0.438$, $p=0.005$) de l'échantillon « *parents* ».

2.1.8. Présence d'un proche à risque

Les grands-parents qui avaient un proche considéré à risque ont obtenu un score plus élevé de détresse péri-traumatique ($t=-3.83$, $p=0.009$). Il n'y avait pas de résultats significatifs concernant l'influence d'un parent à risque sur la détresse péri-traumatique ($t=0.439$, $p=0.665$) des parents.

2.2. Résultats concernant la première hypothèse

Hypothèse 1 : *Le niveau de la détresse péri-traumatique des enfants, des parents et des grands-parents corrèle positivement.*

Nous avons utilisé les questionnaires d'*inventaire de détresse péri-traumatique (PDI)* adressés à chaque génération afin de vérifier notre première hypothèse.

Nous avons donc réalisé les statistiques de base de données récoltées grâce à ce questionnaire pour l'ensemble de la population cible. L'obtention des scores se fait par une simple addition des réponses choisies par le participant à chaque item.

Nous avons utilisé des corrélations de Pearson lorsque les variables étaient distribuées normalement et des corrélations de Spearman quand les variables étaient anormalement distribuées. Lorsque nous analysons les résultats obtenus pour la corrélation de la variable PDI-Enfants et PDI-Parents, nous obtenons une corrélation positive non significative ($r=0.277$, $p=0.083 > 0.05$) entre la détresse péri-traumatique des enfants et celle des parents.

Ensuite, les résultats mettent en évidence une faible corrélation positive entre la détresse péri-traumatique des parents et des grands-parents (obtenue à l'aide de la *PDI*) ($r=0.045$, $p=0.785 > 0.05$). Toutefois, cette corrélation n'est pas significative puisqu'elle dépasse le seuil de 0.05.

Enfin, nous observons une corrélation positive non significative entre le niveau de détresse péri-traumatique des enfants et celui des grands-parents ($r=0.203$, $p=0.210 > 0.05$).

Tableau 7 : Résultats des corrélations entre le PDI de l'enfant, le PDI du parent et le PDI du grand-parent.

	Valeur corrélation	Valeur p
<i>PDI Enf & PDI Prt</i>	0.277	0.083
<i>PDI Prt & PDI GP</i>	0.045	0.785
<i>PDI Enf & PDI GP</i>	0.203	0.210

Pour les résultats de cette première hypothèse, nous pouvons conclure qu'aucune des corrélations n'est significative. Cela démontre que nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe un lien entre le niveau de détresse péri-traumatique des enfants et de leurs parents, des parents et de leurs parents (grands-parents) et des enfants (petits-enfants) et leurs grands-parents. Dans les trois corrélations, les résultats obtenus sont supérieurs au seuil.

En conclusion, le niveau de détresse péri-traumatique d'une génération n'est pas en lien avec les autres générations. Notre première hypothèse n'est pas confirmée ; il n'existe pas de lien significatif entre les différents niveaux de détresse péri-traumatique au sein de notre échantillon.

2.3. Résultats concernant la deuxième hypothèse

Hypothèse 2 : Le niveau de résilience des trois générations, au sein d'une même famille, est corrélé positivement.

Pour cette hypothèse, nous avons utilisé des corrélations de Pearson étant donné que les trois variables sont distribuées normalement. Pour mesurer la résilience, nous disposons d'une échelle à part pour les enfants (CYRM). Cela pose un problème dans la mesure où cette échelle n'est pas construite de la même manière que la CDRISC (mesurant la résilience chez l'adulte et l'enfant). Cependant, la variable mesurée par cette échelle (CYRM) est conceptuellement la même que celle de la CDRISC. Dès lors, nous avons décidé de standardiser les scores de chaque échelle afin de pouvoir les utiliser ensemble pour représenter la résilience (d'une part chez l'enfant, d'autre part chez l'adulte et les grands-parents) lors des corrélations réalisées.

Concernant la première partie de notre hypothèse qui consiste en une corrélation entre le niveau de résilience des enfants et celui de leurs parents, nous obtenons une corrélation est légèrement positive, mais une absence de significativité ($r=0.266$, $p=0.097 > 0.05$). Il n'existe donc pas de lien entre les deux scores.

Ensuite, lorsque nous testons la corrélation entre la résilience des parents et celles des grands-parents, nous observons que la corrélation est positive, mais n'est pas significative ($r=0.051$, $p=0.753 > 0.05$).

Enfin, il existe une corrélation très légèrement positive, mais pas significative entre le niveau de résilience des parents et des grands-parents ($r=0.063$, $p=0.699 > 0.05$). A nouveau, cela ne confirme pas cette partie de notre deuxième hypothèse.

Tableau 8 : Résultats des corrélations entre la résilience des enfants, des parents et des grands-parents.

	Valeur corrélation	Valeur p
<i>CD-RISC & CYRM P</i>	0.266	0.097
<i>CYRM P & CYRM GP</i>	0.051	0.753
<i>CD-RISC & CYRM GP</i>	0.063	0.699

Pour cette deuxième hypothèse, nous pouvons conclure qu'aucune n'est significative. En ce qui concerne le lien entre les capacités de résilience des différentes générations, il est inexistant, au sein de notre population.

2.4. Résultats concernant la troisième hypothèse

Hypothèse 3 : *Le type de stratégies de coping centré sur le problème utilisé par les enfants, parents et grands-parents corrèle positivement et significativement.*

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons eu recours à deux questionnaires différents : le SRCS complétés par les enfants et le WCC complété par les parents et les grands-parents. Nous avons utilisé le test de corrélation de Pearson (toutes les variables utilisées sont distribuées normalement). Nous avons décidé de cibler cette hypothèse sur une seule stratégie de coping utilisées par les trois générations.

A nouveau, il s'agit de différents questionnaires. Pour ce faire, nous avons effectué le même procédé qu'à notre deuxième hypothèse, c'est-à-dire transformer le score brut en score Z.

Tout d'abord, la corrélation des stratégies de coping centrées sur le problème des enfants corrèle négativement et n'est pas significative avec ce même type de stratégies utilisées par leurs parents ($r=-0.013$, $p=0.935 > 0.05$). Cela signifie qu'il n'est pas garanti que lorsqu'un parent

utilise le type de stratégie centré sur le problème que son enfant adopte le même mode de stratégie d'adaptation.

Ensuite, nos résultats annoncent qu'il existe une corrélation très légèrement négative non significative entre les scores obtenus aux items concernant les stratégies de coping centrée sur le problème ($r=-0.004$, $p=0.980 > 0.05$).

Enfin, nous avons également testé la corrélation entre l'utilisation de ce type de stratégie utilisé par les parents et les grands-parents. Les résultats démontrent qu'il y a une légère corrélation non significative ($r=0.137$, $p=0.399 > 0.05$).

Tableau 9 : Résultats des corrélations entre les stratégies de coping utilisées par les enfants, les parents et les grands-parents

	Valeur corrélation	Valeur p
SRCS & WCC P	-0.013	0.935
WCC P & WCC GP	-0.004	0.980
SRCS & WCC GP	0.137	0.399

Pour conclure, aucun de nos résultats n'est significatif. Cela signifie qu'il n'existe pas de lien entre l'utilisation du coping centré sur le problème chez les enfants, les parents et les grands-parents. Il serait intéressant de tester le type de coping le plus utilisé par chaque génération.

Tableau 10 : Statistiques descriptives de la SRCS

	<i>Recherche de soutien social</i>	<i>Résolution de problème</i>	<i>Distanciation</i>	<i>Internalisation</i>	<i>Externalisation</i>
N	40	40	40	40	40
Moyenne	9.97	14.0	9.28	10.2	8.57
Médiane	10.0	15.0	9.00	10.5	8.00
Écart-type	4.19	2.87	3.18	3.66	3.67
Minimum	4	7	4	4	4
Maximum	18	19	20	19	16

Pour l'échantillon des enfants, nous pouvons observer que la stratégie de coping la plus utilisée est la résolution de problème avec une moyenne de 14.0 (E-T=2.87).

Ensuite, nous avons réalisé une ANOVA afin de comparer les scores obtenus aux différentes sous-échelles. Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Fisher.

Tableau 11 : Anova SCRS

F	df1	df2	p
14.1	4	195	<0.001

Tableau 12 : Statistiques descriptives de la WCC des parents

	<i>WCC_P_Prob</i>	<i>WCC_P_Emo</i>	<i>WCC_P_Soutien</i>
<i>N</i>	40	40	40
<i>Moyenne</i>	26.6	18.8	18.9
<i>Médiane</i>	26.5	18.0	18.0
<i>Écart-type</i>	4.59	4.06	4.49
<i>Minimum</i>	17	12	11
<i>Maximum</i>	40	28	30

La stratégie de coping la plus utilisée par notre échantillon de parents est la stratégie de coping centré sur le problème. Cela va en faveur des éléments repris dans notre revue de la littérature.

De même pour cet échantillon, nous avons réalisé une ANOVA avec le test de Welch.

Tableau 13 : Anova WCC_P

F	df1	df2	p
38.9	2	77.8	<0.001

Tableau 14 : Statistiques descriptives de la WCC des grands-parents

	<i>WCC_GP_Prob</i>	<i>WCC_GP_Emo</i>	<i>WCC_GP_Soutien</i>
--	--------------------	-------------------	-----------------------

<i>N</i>	40	40	40
<i>Moyenne</i>	22.0	20.1	18.2
<i>Médiane</i>	21.5	19.5	17.0
<i>Écart-type</i>	6.52	4.45	4.98
<i>Minimum</i>	10	12	9
<i>Maximum</i>	36	32	29

Tableau 15 : Anova WCC_GP

F	ddl1	ddl2	p
4.46	2	76.4	0.015

Pour notre échantillon de grands-parents, la stratégie de coping la plus utilisée est celle du coping centré sur le problème.

Pour conclure, la stratégie de coping la plus utilisée au sein de nos trois échantillons est la stratégie de coping centrée sur le problème. Cependant, en réalisant le test de Pearson, nous pouvons annoncer qu'il n'y a pas de lien entre l'utilisation de ce type de stratégie au sein des familles représentant notre échantillon.

2.5. Résultats concernant la quatrième hypothèse

Hypothèse 4 : *Les grands-parents obtiennent des résultats plus faibles à l'échelle de détresse péri-traumatique en comparaison aux deux autres générations en raison de leur capacité de résilience.*

a) *Les grands-parents obtiennent des résultats plus faibles à l'échelle de détresse péri-traumatique en comparaison avec les deux autres générations*

Afin de répondre à cette première partie d'hypothèse, nous utilisons les résultats obtenus par les trois générations à l'inventaire de détresse péri-traumatique (PDI).

Tableau 16 : Statistiques descriptives de la PDI

	<i>PDI_E^a</i>	<i>PDI_P^b</i>	<i>PDI_GP^c</i>
<i>N</i>	40	40	40
<i>Moyenne</i>	11.9	8.82	12.0
<i>Médiane</i>	10.0	8.00	11.5
<i>Écart-type</i>	8.84	5.07	8.06
<i>Minimum</i>	0	2.00	1.00
<i>Maximum</i>	37.0	33.0	32.0

^a : score total à l'échelle PDI des enfants

^b : score total à l'échelle PDI des parents

^c : score total à l'échelle PDI des grands-parents

En se référant au tableau 16, nous observons qu'en moyenne ce sont les parents qui obtiennent un score plus faible à l'inventaire de détresse péri-traumatique. En effet, les parents obtiennent une moyenne de 8.82 (E-T=8.00) avec un maximum de 33. Les autres générations obtiennent des résultats plus élevés, les enfants ont une moyenne de 11.9 (E-T=8.84) à la PDI et les grands-parents présentent une moyenne de 12.0 (E-T=11.5). En ce qui concerne notre échantillon d'enfants, certains ne semblent pas du tout présenter des caractéristiques de détresse péri-traumatique (min=0) alors que d'autres présentent une résilience significative (max=37). Rappelons qu'à partir d'un score de 15, le sujet possède une détresse péri-traumatique significative. Il en est de même dans notre échantillon de grands-parents, mais cela se marque moins. Certains sujets ne possèdent pas de caractéristiques de détresse péri-traumatique (min=1) alors que d'autres en présentent une (max=32).

Les scores à la PDI n'étant pas normalement distribués, nous avons eu recours au test de Kruskal Wallis effectué sur les médianes.

Tableau 17 : *Kruskal-Wallis PDI*

χ^2	ddl	p
3.45	2	0.179

Par nos résultats, nous observons qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois moyennes des scores obtenus par les trois générations à l'inventaire de détresse péri-

traumatique (PDI). Cela signifie qu'il n'existe pas de différence en termes de détresse péri-traumatique entre les générations.

En bref, la première partie de notre hypothèse n'est pas confirmée. Les résultats obtenus vont à l'encontre de notre hypothèse, de ce fait, nous ne réaliserons pas de test supplémentaire à partir de ces données.

b) Le score obtenu par les grands-parents à l'échelle de détresse péri-traumatique est expliqué par leur capacité de résilience

Pour cette deuxième partie d'hypothèse, nous supposons que plus le niveau de résilience sera élevé, plus le niveau de détresse péri-traumatique sera faible. Afin de tester cette hypothèse, nous avons eu recours à une régression.

Tableau 18 : Régression linéaire de la variable résilience et détresse péri-traumatique des grands-parents

	Estimation	SE	t	p
	20.313	6.2820	3.23	0.003
<i>CDRISC_GP</i>	-0.128	0.0952	-1.35	0.186

Nous pouvons conclure que le niveau de résilience des grands-parents ne permet pas de prédire leur détresse péri-traumatique ($\beta=-0.128$, $p=0.186$). Ces résultats ne sont donc pas significatifs dans le cas de notre échantillon. Nos résultats expliquent que la capacité de résilience ne permet pas d'expliquer la détresse péri-traumatique au sein de l'échantillon des grands-parents. Toutefois, nous pouvons observer que lorsque la CDRISC augmente d'un point, la PDI diminue de 0.128.

VII. Discussion

L'objectif principal de ce mémoire était d'étudier le vécu des différentes générations durant la période COVID-19. De manière plus précise, nous avons choisi de considérer l'impact de la pandémie sur le bien-être des participants selon trois concepts psychologiques : les capacités de résilience, les stratégies de coping et la détresse péri-traumatique. Nous estimons ce dernier facteur comme un élément pertinent à étudier car il s'agit d'un critère déterminant dans le développement d'un état de stress post-traumatique (Jehel et al., 2006 ; Bunnell et al., 2018). Nous avons également étendu notre recherche à l'évaluation des capacités de résilience de chacune des générations. La résilience consiste en un facteur de protection au développement de stress post-traumatique (Anticevic et al., 2021). Un autre facteur déterminant dans les défenses de chaque individu face à un événement stressant sont les stratégies de coping. Comme nous l'avons abordé lors dans notre revue de la littérature, les stratégies de coping sont un ensemble de méthodes permettant de « faire face » (Tarquinio et Auxéméry, 2022) à des situations telles que la pandémie. Ce mémoire est centré sur l'impact de ces facteurs au niveau intergénérationnel. C'est pourquoi nous avons étudié les liens qui peuvent exister entre ces différentes variables au sein des familles. Toutefois, les résultats de cette étude ne vont pas unanimement dans le sens des données relevées dans la littérature.

Un autre objectif de ce travail pourrait être d'apporter une contribution à l'avancement de la recherche. D'autant plus que de nombreuses études ont déjà été réalisées sur la thématique de la pandémie du COVID-19. Cependant, très peu concernent l'impact au niveau intergénérationnel, cela n'est pas allé en notre faveur dans l'ébauche de notre revue de la littérature. Malgré cette difficulté, ce mémoire a été réalisé avec une grande implication.

Dans cette partie, nous discuterons des résultats obtenus dans notre étude et nous les mettrons en relation avec nos différentes hypothèses ainsi qu'avec la littérature scientifique, présentée en première partie de notre travail. Étant donné la différence marquée entre les résultats obtenus et les données recensées dans notre revue de la littérature, nous nous questionnerons à propos des multiples raisons qui pourraient expliquer de tels effets.

1. Discussion de la première hypothèse

Hypothèse 1 : *Le niveau de la détresse péri-traumatique des enfants, des parents et des grands-parents corrèle positivement.*

Les résultats obtenus invalident l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre le niveau de détresse péri-traumatique de chaque génération. L'hypothétique relation entre le niveau de détresse péri-traumatique d'une génération par rapport à une autre est inexistante (que ce soit entre parents/enfants, parents/grands-parents et enfants/grands-parents). Il n'existe donc pas de lien entre le niveau de détresse péri-traumatique des enfants et celui des parents, ni entre celui des enfants et celui des grands-parents, ni entre celui des parents et des grands-parents. Néanmoins, les résultats ont montré que les scores de détresse péri-traumatique des enfants et des parents tendent légèrement vers une corrélation positive (même si leur significativité est absente).

Dans notre revue de la littérature nous avons mis en évidence que les enfants peuvent se baser sur les réactions de leurs parents pour évaluer le niveau de gravité de la situation (Bourgou et al., 2022). La perception des parents du COVID-19 a un impact sur le bien-être de leurs enfants. Lors d'un événement stressant, l'enfant va réagir en fonction de son entourage. Il va, en l'occurrence, produire des réponses émotionnelles selon les réactions des membres de sa famille, et plus particulièrement ses parents, face à ce type d'événement (Bourgou et al., 2022). Dans ce cas, nous pouvons observer ce léger effet entre le niveau de détresse péri-traumatique des enfants et des parents mais les résultats ne sont pas suffisants pour confirmer cette hypothèse.

Cela pourrait témoigner d'une différence de vécu de ces trois différentes générations durant la période COVID-19. Comme nous le voyons dans la partie « résultats » concernant les données récoltées grâce au questionnaire sociodémographique, les termes choisis afin de définir leur ressenti varient fortement en fonction des générations. Pour rappel, les termes utilisés par les enfants sont majoritairement « bien », « nul », « ennuyant » et « difficile ». Nous pouvons observer la diversité de ressenti au sein de la même génération. En effet, certains enfants ont perçu la pandémie comme un nouveau mode de vie, où ils ont pu éventuellement se rapprocher de certains membres de leur famille (vivant sous le même toit). Tandis que d'autres ont éprouvé plus de difficultés à traverser cette période. Nous émettons l'hypothèse que ces enfants font référence aux périodes de confinement. Ces dernières auraient influencé le niveau d'anxiété et

de stress chez ces enfants (Fong & Iarocci, 2020, cité par Grindt et al., 2021). La raison pour laquelle des termes tels que « ennuyant » et « nul » ont été choisis pourrait être des relations sociales restreintes (Orgilès et al., 2020 ; Thierry et al., 2021), la fermeture des écoles et la limitation des loisirs intérieurs en petit groupe (Orgilès et al., 2020). Il a été expliqué par plusieurs auteurs dont Orgilès et ses collègues (2020) que la privation d'interactions sociales augmente le niveau d'anxiété chez les enfants. Cependant, rappelons qu'une proportion importante d'enfants explique avoir vécu plutôt positivement la période de crise sanitaire. Pour expliquer cela, nous pouvons faire référence à Bowlby qui précise que lorsque les interactions entre les enfants et les parents sont de bonne qualité, cela peut apporter un meilleur sentiment de confiance et de sécurité chez les enfants (Cao et al., 2021). Malheureusement, nous n'avons pas eu l'occasion de récolter des informations relatant de la qualité des relations entre les enfants et leurs parents pour corroborer ces résultats.

Nous pouvons également remarquer une différence de vécu entre les membres de la génération des parents. Certains ont vu la pandémie comme « stressante », source de « privation » et « restrictions », alors que d'autres y ont vu l'occasion de procéder à une « adaptation » face à cette situation inédite. Adams et al. (2021) ont développé le fait que les parents auraient tendance à subir davantage de stress comparativement aux personnes n'ayant pas d'enfant. Le changement des routines et de l'anxiété provoquée par la situation sanitaire pourraient être des raisons de ce stress ressenti (Adams et al., 2021).

Lorsque nous nous penchons sur les mots employés par les grands-parents, nous concluons qu'ils ont vécu la période COVID-19 comme un événement générant de la « solitude » et comme étant « stressante ». La crise sanitaire a conduit à la mise en place de mesures telles que le confinement et la distanciation sociale. Le sentiment de solitude serait éventuellement lié à la distanciation sociale et à l'isolement qui en résulte (Grossman, 2020). De plus, de nombreux auteurs (Courtin & Knapp, 2017 ; Holt-Lunstad et al., 2015 ; TF Hugues et al., 2013, Umerson & Karas Montes, 2010, cités par Bergman et al., 2020) expliquent que l'isolement social est un facteur de risque dans le développement du stress chez les personnes âgées.

En regard à ces résultats, une constatation peut être réalisée : le vécu de la période COVID-19 a été différent en fonction des générations. Nous pouvons observer que les parents ont vécu l'étendue de la période de crise sanitaire moins difficilement que leurs enfants et leurs

parents (échantillon grands-parents). Notamment en examinant les résultats obtenus à l'*inventaire de détresse péri-traumatique* (PDI) de Brunet et al. (2021), les moyennes des résultats obtenus sont explicitement distinctes. Les parents obtenaient une moyenne de 8.82, alors que les enfants témoignaient d'une détresse péri-traumatique moyenne de 11.9 et les grands-parents de 12.0.

Dans notre cas, les résultats de la corrélation entre les scores obtenus par les trois générations à la PDI démontrent qu'il n'existe pas de relation entre elles. Nos résultats ne confirment donc pas que les enfants de notre échantillon ont utilisés la réaction de leurs parents pour évaluer la gravité de l'événement (Nugent et al., 2006). Cependant, nos résultats à cette hypothèse tend à confirmer que les trois générations ont vécu la période COVID-19 de manière différente. Nous pouvons être tenté de croire que la détresse péri-traumatique d'une génération pourrait influencer celle des autres, et d'autant plus entre les générations parents-enfants ; mais les résultats prouvent le contraire. Afin expliquer l'absence de lien entre les grands-parents et les deux autres générations, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle les grands-parents ont été davantage affecté per les conditions liés à l'isolement social, comme mentionné précédemment. Cependant, nous pouvons alors nous attendre à un lien significatif entre les scores des parents et de leurs enfants puisqu'ils ont vécu les périodes de confinement en cohabitation. Nous émettons donc l'hypothèse que les enfants auraient eu des stratégies d'adaptation différentes de celles de leurs parents. Effectivement, ces derniers expliquent en partie de la période de crise sanitaire a consisté en une adaptation de leur quotidien. Cette supposition sera développé et argumentée dans la discussion de notre troisième hypothèse abordant les stratégies de coping utilisées par les trois générations.

2. Discussion de la deuxième hypothèse

Hypothèse 2 : *Le niveau de résilience des trois générations, au sein d'une même famille, est corrélé positivement.*

Les résultats obtenus ne sont en accord avec notre deuxième hypothèse. Cette dernière étudie la corrélation du niveau de résilience entre les différentes générations. Nos résultats indiquent qu'il n'existe pas de corrélation entre les capacités de résilience des trois générations. C'est-à-dire que le score d'une génération n'est pas influencé par le score d'une autre.

Ces résultats vont donc à l'encontre de nos attentes. En effet, selon Dekel (2017), la famille représente une ressource importante dans la résilience individuelle. Les membres de la famille devraient influencer la résilience individuelle de chaque individu par la résilience familiale (Dekel, 2017).

Les résultats moyens de résilience obtenus montrent que ce sont les enfants de notre échantillon qui ont un score de résilience plus élevé que les deux autres générations. Les enfants ont obtenu un score de 109 (E-T=13.6), les parents quant à eux ont une résilience moyenne de 71.5 (E-T=9.73) et les grands-parents sont les moins résilients avec une moyenne de 64.7 (E-T=13.4). Un des éléments qui pourrait expliquer cette plus grande résilience chez les enfants seraient pour la plupart leur appartenance à de milieux socio-économiques plus aisés. Leur capacité de résilience pourrait donc être influencé par leur qualité de vie. De plus, une majorité d'entre eux (n=35, 87.5%) sont issus de fratries. Les informations récoltées au questionnaire sociodémographique pourraient expliciter leur niveau de résilience. Dans cette échelle, de nombreuses familles indiquent ne pas avoir modifié la fréquence à laquelle ils rendaient visite à leur grands-parents. Cela a engendré un taux d'activités et de temps passé en famille plus élevé.

Quant aux résultats des parents, ils valident ce que nous avons observé dans la littérature. Le niveau de résilience des adultes est plus faible en raison des changements d'habitude et du mode de vie (Debrouiche-El Kamel & Hentati, 2021). Le sentiment d'efficacité parentale peut également jouer sur le niveau de résilience (Vercruyse, 2021). Comme nous l'avons évoqué précédemment, 30% de notre échantillon de parents exerce dans le secteur médical, cela pourrait avoir une influence sur leur niveau de résilience. Les autres participants

de cet échantillon avaient des emplois de bureau. Le télétravail et les changements associés aux mesures sanitaires ont pu impacter le niveau de résilience de ceux-ci. En effet, le télétravail ne permettait pas de séparer la vie privée de la vie professionnelle. De plus, les parents travaillaient depuis leur domicile et devait, pour la plupart, s'occuper de leurs enfants de manière simultanée.

Nous nous attendions à avoir des résultats plus élevés de résilience chez les grands-parents. D'après l'étude de Derouiche-El Kamel & Hentati, (2021), le public de plus de 60 ans présentent une résilience plus élevée. L'interaction entre les facteurs internes et externes expliquent leur niveau de résilience (Laird et al., 2019). Les facteurs internes concernent les croyances, la personnalité et la santé physique. Si un grand nombre de participants recrutés avait une santé fragile cela influencerait leur niveau de résilience. Les facteurs externes regroupent le statut social et leur niveau socio-économique. Le fait de vivre seul pourrait également agir sur les capacités de résilience suite à l'isolement social.

Pour conclure, nous nous attendions à une corrélation positive entre la résilience des parents et de leurs enfants car la résilience familiale est en lien avec la résilience des parents (Amoros et al., 2011). Mais aucun lien entre la résilience des différentes générations n'a été démontré par nos résultats. Chaque individu possède ses propres caractéristiques internes et ont en commun les facteurs externes.

3. Discussion de la troisième hypothèse

Hypothèse 3 : *Le type de stratégies de coping centré sur le problème utilisé par les enfants, parents et grands-parents corrèle positivement.*

La stratégie de coping la plus utilisée par les différentes générations concerne le *coping centré sur le problème*, c'est-à-dire être à la recherche de résolution de problème et affronter la situation. Il s'agit également d'être à la recherche d'information par rapport à la situation vécue, cela dans le but de pouvoir élaborer un plan d'action (Folkman et Lazarus, 1980, cité dans Carver et al., 1989 ; Bruchon-Schweitzer, 2001). Toutefois, le fait qu'elle soit utilisée par une génération n'est pas expliqué par le choix de cette stratégie par les autres générations.

Il existe un effet entre deux variables. En effet le facteur évaluant la fréquence à laquelle les parents discutent de la pandémie influence l'utilisation de la stratégie de coping adéquate. Pour les deux autres générations, il n'existe pas d'effet. Éprouver des difficultés à communiquer à propos du Covid-19 a une influence sur le risque de développer des problématiques psychologiques chez l'enfant (Whittle et al., 2020 ; Achterberg et al., 2021). Le soutien social semble être un élément important dans la manière dont un individu surmonte un événement stressant, comme l'explique Gerhold (2020 ; cité par Salin et al., 2020). Cependant, les trois générations ont plus tendance à avoir recours aux stratégies centrées sur le problème qu'à la recherche de soutien social. Les personnes-âgées s'adapteraient davantage face aux situations de stress (Fuller & Huseth-Zosel, 2020). Nos résultats sont en accord avec la littérature. Les stratégies axées sur le problème diminuent la détresse psychologique.

Selon Dumont (2001), le type de stratégie d'adaptation utilisée varie en fonction de l'âge. Cela ne se vérifie pas dans notre étude. D'autant plus que lorsque nous testons l'effet de l'âge sur la stratégie de coping orienté vers la résolution de problème (SRCS et WCC), il n'y a pas d'effet.

Cependant, pour certaines familles, la période COVID-19 et en particulier les périodes de pandémie, ont favorisé l'union familiale. Pour d'autres, il ne semble pas y avoir de lien.

4. Discussion de la quatrième hypothèse

Hypothèse 4 : *Les grands-parents obtiennent des résultats plus faibles à l'échelle de détresse péri-traumatique en comparaison aux deux autres générations en raison de leur capacité de résilience.*

a) *Les grands-parents obtiennent des résultats plus faibles à l'échelle de détresse péri-traumatique en comparaison avec les deux autres générations*

Nos résultats ne montrent pas de différence entre les scores des générations. Néanmoins la littérature affirme que les personnes âgées ayant vécu un traumatisme sont plus aptes à surmonter les facteurs de stress produits par la pandémie (Jing et al., 2020). Au vu de nos résultats, notre analyse ne suit pas la même constatation que d'autres auteurs, concernant l'influence de l'âge sur la détresse péri-traumatique. Dans la littérature scientifique, les auteurs ne partagent pas la même opinion concernant l'influence de l'âge sur la détresse péri-traumatique. Des auteurs comme Jing et ses collaborateurs (2020) estiment que l'âge est un facteur important de développement de détresse péri-traumatique. Dans notre cas, lorsque nous prenons en considération l'âge des sujets de l'échantillon « grands-parents », les résultats ne mettent pas en évidence un quelconque effet de l'âge sur la détresse péri-traumatique des grands-parents (il en est de même pour les deux autres générations).

Ce qui peut expliquer un niveau de détresse péri-traumatique plus élevé est l'accumulation des facteurs de stress qui, selon Anticevic et al. (2021), agit sur le niveau de détresse péri-traumatique. Cela signifierait que plus un individu est confronté à des facteurs de stress durant la pandémie, plus il aura une détresse péri-traumatique élevée. Cette hypothèse est issue de la littérature, nous ne l'avons pas vérifiée au cours de notre étude. En nous référant aux données récoltées grâce au questionnaire sociodémographique, nous pouvons relever plusieurs facteurs de stress existant dans cette population. Les confinements ont été vécus comme stressants notamment en raison de l'isolement social. Un grand nombre de nos participants indiquent que le manque de relations sociales au cours de ces périodes d'isolement a été vécu difficilement. A plusieurs reprises dans ce mémoire nous avons abordé l'isolement social comme facteur de stress de la détresse péri-traumatique. Le fait de vivre avec un proche à risque a également un impact sur le niveau de détresse péri-traumatique. De manière générale, dans notre étude, 35%

des grands-parents présentent une détresse péri-traumatique significative contre 5% pour les parents et 30% pour les enfants.

Certes, une partie de la littérature soutient que les personnes-âgées sont plus aptes à faire face à des événements stressants de par leurs expériences personnelles (Jiang et al., 2020). Pourtant, n'oublions pas que par rapport au COVID-19, les personnes-âgées ont directement été perçues comme population à risque et vulnérable en terme de santé car elles étaient considérées comme plus fragiles, éléments déjà mentionnés dans notre revue de la littérature (Bergman et al., 2020).

b) Le score obtenu par les grands-parents à l'échelle de détresse péri-traumatique est expliqué par leur capacité de résilience

Cette hypothèse n'est pas confirmée par nos résultats. Le niveau de résilience ne permet pas de prédire la détresse péri-traumatique des grands-parents.

Selon MacLoed et ses collègues (2016), les personnes de 60 ans et plus possèderaient une plus grande résilience. Alors que d'après nos résultats, le niveau moyen de résilience est de 64.7 avec un écart-type de 13.4, ce qui est inférieur à la résilience moyenne de la population générale. Vahia et al. (2020) annoncent dans leur article scientifique que les personnes âgées ont une plus grande résilience aux effets du COVID-19 sur la santé mentale. Nos résultats vont à l'encontre de cette affirmation. De plus, l'interaction entre facteurs internes et externes est à prendre en compte (Laird et al., 2019). Si l'on tient compte de nos données sociodémographiques, les participants semblent être issus d'un milieu socio-économique moyen, voire aisé, et la plupart ont un haut niveau d'étude. Le niveau de résilience serait-il expliqué par les facteurs internes tels que les croyances ? Nous émettons cette hypothèse car nous savons que le système de croyance est un facteur important dans le développement de la résilience (Crescentini et al., 2020).

En ce qui concerne l'effet du niveau de résilience sur la détresse péri-traumatique, il n'est pas observé dans notre étude, pour la troisième génération. La résilience et les stratégies de coping jouent un rôle important dans l'atténuation de la détresse péri-traumatique (Mohammed et al., 2021). Cependant, nous ne pouvons observer cela dans nos résultats.

5. Intérêt du travail

L'objectif principal de ce mémoire était d'étudier le vécu de la période COVID-19 par différentes générations. Pour ce faire nous avons étudié plusieurs variables : la résilience, les stratégies de coping et la détresse péri-traumatique. Depuis le début de la pandémie, fin 2019, de nombreuses études ont été réalisées sur l'impact psychologique de la situation sanitaire. Des recherches ont été menées sur l'impact traumatique du second confinement sur les parents et leurs enfants et sur le sentiment de compétence parentale (Vercruyse, 2021). Des études se sont également intéressées à la détresse péri-traumatique des parents, au sentiment de compétence parentale en lien avec les mesures de confinement ainsi que l'impact de ce sentiment sur la détresse péri-traumatique des enfants (Chartier et al., 2021). Ces études se sont concentrées sur le lien entre les parents et les enfants. Cependant, très peu d'études prennent en considération les différentes générations ayant vécu un même événement stressant. Il nous a donc semblé pertinent d'ouvrir la recherche vers le vécu intergénérationnel. Dans notre revue de littérature, nous avons récolté des informations relatant du vécu de chaque génération de manière individuelle. Nous avons également recherché les résultats existants concernant le lien entre nos trois variables (résilience, stratégies de coping et détresse péri-traumatique) et les générations. L'intérêt de notre étude est aussi de mettre en évidence que le vécu de la pandémie est différent entre les générations. Il est également pertinent de comprendre cette différence.

Notre recherche permet d'apporter des données supplémentaires par rapport au ressenti de trois générations et d'étudier s'il existe un impact d'une génération sur les autres. Notre étude met en lien des dimensions différentes qui peuvent s'influencer l'une et l'autre. Dans leur étude Chartier et al. (2021) indiquent qu'il serait pertinent pour les prochaines études évaluant la période COVID-19, de mesurer d'autres dimensions que la détresse péri-traumatique, comme la résilience par exemple.

6. Limites du travail et perspectives futures

Lorsque nous menons une recherche, il est essentiel de savoir où se situent les limites de celle-ci.

Pour commencer, la fréquence de notre échantillon n'est pas toujours représentée de manière égale, concernant le genre. L'échantillon enfant est le seul à être composé de manière égale par des filles et des garçons. Alors que dans les deux autres échantillons (les parents et les grands-parents), les hommes et les femmes ne présentent pas le même effectif. Il y a plus de femmes participants à notre étude.

Une des limites de cette étude est que les questionnaires ont été complétés en version papier. Bien que cela ait rendu la participation de certains sujets plus simple, cela n'a pas facilité la récolte des données. L'encodage des données s'est réalisé manuellement, cela augmente la probabilité d'une quelconque erreur d'encodage dans le logiciel utilisé.

Concernant les questionnaires utilisés, puisque l'âge de nos participants s'étend de 8 à 89 ans nous avons tenté d'employer des questionnaires validés pour les différentes tranches d'âge. Dans notre travail, nous avons comparé des résultats obtenus à de multiples questionnaires évaluant les mêmes concepts. Il a fallu vérifier que les questionnaires abordent les mêmes thématiques dans les items. Lorsque nous abordons cette limite, nous faisons référence aux questionnaires concernant les stratégies de coping. Au préalable, nous voulions administrer la WCC à tous les participants. Aucune information abordait la validité de ce questionnaire concernant l'âge. Nous n'avions pas la certitude qu'il soit validé pour les enfants. C'est pourquoi, par précaution, nous avons choisi de faire compléter la SRCS aux enfants puisque ce questionnaire-ci est validé pour cette tranche d'âge.

De plus, il serait intéressant de réaliser des entretiens cliniques afin de mieux cerner le ressenti de chaque sujet. La plupart des enfants ont complété les questionnaires en présence de leurs parents ou d'un autre membre de leur famille. Cela a pu influencer les réponses des enfants aux différents questionnaires. Dans les recherches futures, il serait intéressant que les enfants complètent seuls les questionnaires ou assistent seuls aux entretiens afin qu'ils répondent sans influence quelconque.

Ensuite, nous avons pris conscience que dans les questionnaires sociodémographiques, une grande partie des parents ont un emploi dans le milieu médical (n=12, 30%). Ce facteur externe n'est pas à négliger puisque notre étude a pour sujet le COVID-19 et nous savons que la population des soignants a été touchée de manière différente par la pandémie. Cet élément a donc pu jouer sur leur ressenti et c'est ce qui peut expliquer, en outre, cette divergence de résultats entre les populations.

Une autre variable externe a pu influencer le vécu des participants : leur niveau socio-économique. La plupart de nos sujets semble provenir d'un milieu socio-économique moyen, voire élevé. Selon Josse (2011), le niveau socio-économique a un impact sur le vécu des enfants en situation stressante. Il serait intéressant, dans les prochaines études, d'avoir des participants venant de tout milieu socio-économique.

Enfin, en dernière limite de ce mémoire, nous voulons aborder la littérature scientifique disponible à propos de notre question de recherche. Bien que de nombreuses études ont été réalisées au sujet du COVID-19, très peu se sont penchées sur l'impact intergénérationnel. Il en est de même concernant d'autres événements stressants. Effectivement, il est rare que des auteurs étudient les trois générations en même temps. Il est plus courant de réaliser une étude portant sur le lien d'une variable entre les parents et les enfants. Même si la littérature scientifique n'a pas été en notre faveur, nous avons tenté de pallier à cette carence dans notre travail. Nous avons émis des hypothèses réalistes, autant se faire que peut, en nous basant sur les résultats obtenus aux questionnaires administrés.

VIII. Conclusion

Les effets psychologiques de la pandémie COVID-19 sont étudiés depuis l'apparition du virus. De nombreuses études ont vu le jour à propos de l'impact de cette crise sanitaire sur la santé mentale de la population. Cependant, peu de recherches s'intéressent à ce vécu auprès des familles. Pourtant, les familles ont été fortement ciblées par les mesures mises en place afin d'éviter la propagation du virus. En effet, les confinements et les mesures de distanciation physique n'ont pas permis à bon nombre de famille de maintenir la fréquence à laquelle elles se réunissaient et le lien qui les unissait. Cette période de crise sanitaire a provoqué un chamboulement en matière d'habitudes familiales et organisationnelles. Nous avons choisi de cibler notre étude autour de trois concepts psychologiques clés : la détresse péri-traumatique, la résilience et les stratégies de coping. L'enjeu de ce mémoire était de répondre à la question suivante : quel est le lien entre le vécu de la période COVID-19 des différentes générations au sein d'une famille ?

Cette étude a été réalisée grâce à la participation d'un enfant, d'un parent et d'un grand-parent issus de 40 familles. Celles-ci ont répondu à différents questionnaires permettant d'évaluer la détresse péri-traumatique (PDI), le niveau de résilience (CYRM et CD-RISC) et le type de stratégie de coping (SRCS et WCC) le plus utilisé. Rappelons que notre choix des questionnaires attribués aux enfants ont été adapté en ce qui concerne l'évaluation du niveau de résilience (CYRM) et les stratégies de coping utilisées (SRCS).

Les résultats obtenus ne confirment aucune de nos hypothèses. Toutefois, cela a permis de mettre en évidence les différences en terme de vécu de la pandémie par les générations.

Dans un premier temps, les données sociodémographiques telles que l'âge, le niveau d'étude, la fréquence à laquelle les participants se sont réunies en famille et la composition de la fratrie ne semblent pas influencer le niveau de détresse péri-traumatique des trois générations. Concernant les enfants, le genre a eu un effet sur le niveau de détresse péri-traumatique mais pas sur les autres variables. Grâce au questionnement du vécu à travers l'utilisation d'un mot représentant celui-ci, les points de vue divergent en fonction de la génération interrogée. En effet, les parents semblent plus s'être orientés vers une adaptation de la situation alors que les

grands-parents insistent sur la difficulté à gérer l'éloignement avec les membres de leur famille. Quant aux enfants, cela varie entre un vécu positif et des difficultés à gérer cette situation exceptionnelle.

Dans un second temps, il n'y a pas de différence en ce qui concerne la détresse péri-traumatique. Mais il n'y a pas de lien non plus entre celles des différentes générations. C'est-à-dire que la détresse péri-traumatique d'une génération n'influence pas celle des autres. Le vécu de la pandémie a été perçu autrement par les générations. Lors de l'analyse de nos résultats, nous avons observé que plusieurs variables influencent le niveau de détresse péri-traumatique au sein de l'échantillon des grands-parents. Il s'agit de la superficie de lieu de résidence et le fait de vivre avec un proche dit à risque.

Dernièrement, il existe des facteurs de protection contre le développement d'un PTSD. Dans cette étude, nous avons choisi d'évaluer la résilience des participants ainsi que leurs stratégies de coping. Concernant ces concepts, il n'existe pas de lien entre les générations au sein de notre échantillon. Le niveau de l'un n'est pas en lien avec celui de l'autre. Cependant, même si les stratégies de coping centrée sur le problème sont majoritairement utilisées par les trois générations, il n'y a pas de lien significatif entre elles.

Bien qu'aucune de nos hypothèses n'aient pu être confirmées, nos résultats permettent de mettre en évidence l'impact psychologique de la pandémie assez faible parmi notre échantillon. Au vu des résultats obtenus à la PDI, une petite partie de nos participants présentent une détresse péri-traumatique significative : 23,33% de nos participants (30% des enfants, 5% des parents et 35% des grands-parents). Ces résultats sont toutefois rassurants alors que la pandémie est toujours à l'ordre du jour.

Concernant les limites et les perspectives de notre travail, il aurait été intéressant de recruter un plus grand nombre de participants. Cependant, obtenir le nombre de familles participantes actuels n'a pas été aisé. Avoir un plus grand échantillon nous permettrait d'obtenir des résultats plus certains et précis par rapport au vécu de la pandémie. De plus, la réalisation d'entretiens avec chacun des participants auraient également pu apporter plus de clarté et de précision à propos de chaque perception de la situation pandémique.

IX. Bibliographie

Achterberg, M., Dobbelaar, S., Boer, O. D., & Crone, E. A. (2021). Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Scientific Reports*, *11*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8>

Adams, E. L., Smith, D., Caccavale, L. J., & Bean, M. K. (2021). Parents Are Stressed! Patterns of Parent Stress Across COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626456>

Ahmad, K., Erqou, S., Shah, N., Nazir, U., Morrison, A. R., Choudhary, G., & Wu, W. C. (2020). Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties. *PLOS ONE*, *15*(11), e0241327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241327>

Al-Hanawi, M. K., Mwale, M. L., Alshareef, N., Qattan, A. M., Angawi, K., Alzubair, R., & Alsharqi, O. (2020). < ; p> ; Psychological Distress Amongst Health Workers and the General Public During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia</p> *Risk Management and Healthcare Policy*, *Volume 13*, 733-742. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s264037>

Allé, M., Berna, F., Vidailhet, P., Giersch, A. & Mengin, A. (2020). Le confinement peut-il favoriser l'émergence de symptômes traumatiques ou psychotiques?. *Revue de neuropsychologie*, *2* (2), 196-203. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0570>

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition.

American Psychological Association (2020), *Building your resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>

Amorós, P., Balsells, M. A., Fuentes-Peláez, N., Mateos, A., & Pastor, C. (2012). « Apprendre ensemble, grandir en famille » Programme de soutien socio-éducatif. *La revue internationale de l'éducation familiale*, *30*(2), 61-80. <https://doi.org/10.3917/rief.030.0061>

Andrade, J. M., Drumond Andrade, F. C., de Oliveira Duarte, Y. A., & Bof De Andrade, F. (2020). Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in older adults. *Quality of Life Research*, 29(6), 1665-1674. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02433-5>

Antičević, V., Bubić, A., & Britvić, D. (2021). Peritraumatic Distress and Posttraumatic Stress Symptoms During the COVID-19 Pandemic: The Contributions of Psychosocial Factors and Pandemic-Related Stressors. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 691 - 700.

Auxéméry, Y., & Tarquinio, C. (2020). Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques létaux 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>

Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *International Psychogeriatrics*, advanced online publication. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000575>

Aznar, A., Sowden, P., Bayless, S., Ross, K., Warhurst, A., & Pachi, D. (2021). Home-schooling during COVID-19 lockdown : Effects of coping style, home space, and everyday creativity on stress and home-schooling outcomes. *Couple and Family Psychology : Research and Practice*, 10(4), 294-312. <https://doi.org/10.1037/cfp0000182>

Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., Souppart, V., Combes, A., Klouche, K., Argaud, L., Barbier, F., Jourdain, M., Reignier, J., Papazian, L., Guidet, B., Géri, G., Resche-Rigon, M., Guisset, O., Labbé, V.,. . . Kentish-Barnes, N. (2020).

Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *American Journal of*

Respiratory and Critical Care Medicine, 202(10), 1388-1398.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568oc>

Bankole, A. (2022). Impact of Coronavirus Disease 2019 on Geriatric Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 45(1), 147-159.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.11.010>

Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults : the moderating role of ageism. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1371-1375.
<https://doi.org/10.1017/s1041610220001258>

Bonanno, G. A. (2004). *Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* *American Psychologist*, 59(1), 20-28.

Bourgou, S., Manaa, R., Kouki, N., & Belhadj, A. (2022). Impact initial de la pandémie COVID-19 sur les parents et les enfants tunisiens. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70(1), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.11.004>

Bouteyre, É. (2010). La résilience face aux tracasseries quotidiennes vécues par les parents d'enfant malade ou handicapé. *Bulletin de psychologie*, 510, 423-428. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0423>

Bridgland, V. M. E., Moeck, E.K., Green, D. M., Swain, T. L., Nayda, D., Matson, L. A., Hutchison, N. P., & Takarangi, M. K. T. (2020). *Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor*. *bioRxiv*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1101/2020.09.22.307637>

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

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. In *Recherche en soins infirmier*, 67, 68-83.

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>

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>

Campos, A. C. V., Rezende, G. P., Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Gonçalves, L. H. T. (2017). Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 358–367.

Cao, Y., Huang, L., Si, T., Wang, N.Q., Qu, M., & Zhang, X.Y. (2021). *The role of only-child status in the psychological impact of Covid-19 on mental health of Chinese adolescents.* *Journal of Affective Disorders*, 282, 316-321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.113>

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Chabrol H., callahan S. (2018). *Mécanismes de défense et coping* (3rd ed.). Dunod..

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), 100191. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100191>

Chen, L., Zhao, H., Razin, D., Song, T., Wu, Y., Ma, X., HuerxidaAji, Wang, G., Wang, M., & Yan, L. (2021). Anxiety levels during a second local COVID-19 pandemic breakout among quarantined people : A cross sectional survey in China. *Journal of Psychiatric Research*, *135*, 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.067>

Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S51-S54. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000685>

Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore medical journal*, *61*(7), 350–356. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>

Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. (1996). *American Journal of Psychiatry*, *153*(2), 275-277. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.275>

Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck Outside and Inside : An Exploratory Study on the Effects of the COVID-19 Outbreak on Italian Parents and Children’s Internalizing Symptoms. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586074>

Crespo, C. Santos, S., Ca,avarro, M.C., Kielplikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions : A review, *International Journal of Psychology*, *48*, 729-746. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.806811>

Crocq, L. (2014). Stress et trauma. *Traumatismes psychiques*. Elsevier Masson.

Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020). Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 8297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>

Dalton, I., Rapa, E., Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolescent Health*, 4, pp. 346-347

Dekel, R. (2017). My personal and professional trauma resilience truisms. *Traumatology*, 23(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/trm0000106>

Derouiche-El Kamel, S., & Hentati, Y. (2021). Portrait of resilience among Tunisians locked down in times of COVID-19. *Traumatology*, 27(1), 70–77. <https://doi.org/10.1037/trm0000300>

Djillali, S., Ouandelous, N. N., Zouani, N., Crettaz Von Roten, F., & de Roten, Y. (2021). Incidence et prédicteurs 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>

Dujardin, C., Ferring, D. & Lahaye, W. (2014). La place des parents dans la résilience familiale. Une métasynthèse qualitative. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 104, 697-737. <https://doi.org/10.3917/cips.104.0697>

Dumont, M.(2001). Les stratégies adaptatives. In Dumont, M. & Plancherel, B. (Eds.)Stress et adaptation chez l'enfant (pp. 52-67). Presses de l'Université de Quebec.

Faisal-cury A., Tedesco J. A., Kahhale S., Menezes P. R., Zugaib M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives Women's Mental Health*, 7(2), 123-131.

Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2020). Lessons in Resilience : Initial Coping Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114-125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>

Gilligan, M., Sutor, J. J., & Pillemer, K. (2015). Estrangement Between Mothers and Adult Children : The Role of Norms and Values. *Journal of Marriage and Family*, 77(4), 908-920. <https://doi.org/10.1111/jomf.12207>

Gilligan, M., Sutor, J. J., Rurka, M., & Silverstein, M. (2020). Multigenerational social support in the face of the COVID -19 pandemic. *Journal of Family Theory & ; Review*, 12(4), 431-447. <https://doi.org/10.1111/jftr.12397>

Gindt, M., Fernandez, A., Battista, M., & Askenazy, F. (2021). Conséquences psychiatriques de la pandémie de la Covid 19 chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(3), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.01.001>

Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2020). Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19 : A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>

Grossman, E. S., Hoffman, Y. S., Palgi, Y., & Shrira, A. (2021). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults : Worries and resilience as potential moderators. *Personality and Individual Differences*, 168, 110371. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110371>

Gurvich, C., Thomas, N., Thomas, E. H., Hudaib, A. R., Sood, L., Fabiatos, K., Sutton, K., Isaacs, A., Arunogiri, S., Sharp, G., & Kulkarni, J. (2020). Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 540-549. <https://doi.org/10.1177/0020764020961790>

Hajek, A., & König, H. H. (2020). Social Isolation and Loneliness of Older Adults in Times of the COVID-19 Pandemic : Can Use of Online Social Media Sites and Video Chats Assist in Mitigating Social Isolation and Loneliness ? *Gerontology*, 67(1), 121-124. <https://doi.org/10.1159/000512793>

Harkness, K. L., & Monroe, S. M. (2002). Childhood Adversity and the Endogenous Versus Nonendogenous Distinction in Women With Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 387-393. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.387>

Harper, C. A., Satchell, L., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). *Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/jkfu3>

Hébert, M., & Parent, N. (2018). *CD-RISC - Questionnaire sur la résilience de Connor-Davidson. Adaptation canadienne-française du Connor-Davidson Resilience Scale*.

Hébert, M., Parent, N., & Daignault, I.V. (2007). *The French-Canadian version of the Self-Report Coping Scale: Estimates of the reliability, validity, and development of a short form. Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *40*, 2-15.

Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(4), 331-335. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000592>

Husky, M. M., Pietrzak, R. H., Marx, B. P., & Mazure, C. M. (2021). Research on Posttraumatic Stress Disorder in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Review of Methods and Implications in General Population Samples. *Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.)*, *5*, 24705470211051327. <https://doi.org/10.1177/24705470211051327>

Ishikawa, RZ (2020). Je ne reverrai peut-être plus jamais l'océan : perte et deuil chez les personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19. *Traumatisme psychologique : théorie, recherche, pratique et politique*, *12* (S1), S85-S86. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000695>

The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Jean-Thorn, A., Amédée, L., Paradis, A. & Hébert, M. (2020). Validation d'une échelle de résilience (CD-RISC 10) auprès de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. *Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents*, *7*(1), 39-48. <https://doi.org/10.7202/1072587ar>

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & D Guelfi, J. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Can J Psychiatry*, 50 (1), 67-71.

Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J. D. (2006). L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *L'Encéphale*, 32(6), 953-956. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(06\)76272-8](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(06)76272-8)

Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W., & Xia, Z. (2020). Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of General Internal Medicine*, 35(5), 1545-1549. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>

Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in Argentina *Ciencia & saude coletiva*, 25(suppl 1), 2447–2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>

Jones, L. B., Kiel, E. J., Luebbe, A. M., & Hay, M. C. (2022). Resilience in mothers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000985>

Josse, É. (2011). L'événement traumatique. Dans : , É. Josse, *Le traumatisme psychique : Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent* (pp. 17-64). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Josse, E. (2019). Le traumatisme psychique chez l'adulte. De Boeck. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (3), pp. 309-318. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl005>

Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1297–1306. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000715>

Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>

Langevin, V., Boini, S., François M., & Riou, A. (2013). Risques psychosociaux : Ways of coping checklist (WCC). *Références en santé au travail*, (135), 135-138.

Lateef, R., Alaggia, R., & Collin-Vézina, D. (2021). A scoping review on psychosocial consequences of pandemics on parents and children : Planning for today and the future. *Children and Youth Services Review*, 125, 106002. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106002>

Levasseur, M., & Couture, M. (2014). Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 44-53. <https://doi.org/10.1177/0008417414552188>

Li, N., Fan, L., Wang, Y., Wang, J., & Huang, Y. (2022). Risk factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic : The roles of coping style and emotional regulation. *Journal of Affective Disorders*, 299, 326-334. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.026>

Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.011>

Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2020). The construct of resilience ; A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

Maamar, M., Khibri, H., Harmouche, H., Ammouri, W., Tazi-Mezalek, Z., & Adnaoui, M. (2020). Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19 [The impact of lockdown on the health of the elderly during the COVID-19 pandemic]. *Npg*, 20 (120), 322–325. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.10.006>

Macleod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E.R. (2016). The impact of resilience among older adults, *Geriatric Nursing*, 37 (2016), pp. 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>

Maillot-Collet, M. & Baeza-Velasco, C. (2022). Stress parental, alliance parentale, partage des tâches et stratégies de coping chez les mères et les pères de jeunes enfants, évalués lors de la Covid-19. *Devenir*, 34, 161-175. <https://doi.org/10.3917/dev.222.0161>

Mamzer, h. (2020). Postmodern society and covid-19 pandemic: old, new and scary. *Society register*, 4(2), 7-18. <https://doi.org/10.14746/sr.2020.4.2.01>

Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, 64, 45-59. <https://doi.org/10.3917/th.641.0045>

Martin, M. et al. (2006), *Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique*. In Les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitement. Les Presses de l'Université de Montréal. pp. 52-86.

McConkey, R. (2020). A Brief Measure of Parental Wellbeing for Use in Evaluations of Family-Centred Interventions for Children with Developmental Disabilities. *Children*, 7(9), 120. <https://doi.org/10.3390/children7090120>

Mekiri, K. (2013). Adolescent entre situation traumatogène et protection familiale: Rôle des enveloppes familiales dans la protection des enveloppes individuelles. *Dialogue*, 201, 121-132. <https://doi.org/10.3917/dia.201.0121>

Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., ... & Brunault, P. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*.

Mohamed, S., Ismail, Z., Shuib, N., & Ali, N. F. (2021). Peri-Traumatic Distress and Its Relationship to Resilience and Coping Among Medical Students in Malaysia During COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789554>

Morrow-Howell, N., Galucia, N., & Swinford, E. (2020). Recovering from the COVID-19 pandemic: A focus on older adults. *Journal of Aging & Social Policy*, *32*(4-5), 526– 535. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1759758>.

Nicol GE, Piccirillo JF, Mulsant BH, Lenze EJ. (2020). Action at a distance: geriatric research during a pandemic. *J Am Geriatr Soc.*, *68* (5):922–5.

Nicolò, A. & Strinati, E. (2007). Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *38*, 61-79. <https://doi.org/10.3917/ctf.038.0061>

Nugent, N. R., Ostrowski, S., Christopher, N. C., & Delahanty, D. L. (2006). Parental Posttraumatic Stress Symptoms as a Moderator of Child's Acute Biological Response and Subsequent Posttraumatic Stress Symptoms in Pediatric Injury Patients. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(3), 309-318. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl005>

Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 26 juillet 2021 sur https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, *11*, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>

Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders*, *133*(3), 560–568. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.028>

Powell, G.N. (2020), Work–family lockdown: implications for a post-pandemic research agenda, *Gender in Management*, *35* (7/8), pp. 639-646. <https://doi.org/10.1108/GM-05-2020-0148>

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660>

Provost, M., Dumont, M., Coutu, S., Royer, N. (2001). Les stratégies d'adaptation de la mère et de son enfant dans le phénomène de résilience. In Dumont, M. & Plancherel, B. (Eds.) *Stress et adaptation chez l'enfant* (pp. 52-67). Presses de l'Université de Québec.

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>

Resilience Research Centre (2016). *The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) Child version*.

Robles-Bello, M. A., Sánchez-Teruel, D., & Valencia Naranjo, N. (2020). Variables protecting mental health in the Spanish population affected by the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01132-1>

Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric population. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(12), 1437–1441. <https://doi.org/10.1002/gps.5389>

Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghazadeh, A., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks : A systematic-review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 527-538. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.188>

Salin, M., Kaittila, A., Hakovirta, M., & Anttila, M. (2020). Family Coping Strategies During Finland's COVID-19 Lockdown. *Sustainability*, 12(21), 9133. <https://doi.org/10.3390/su12219133>

Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A., Nivette, A., Hepp, U., & Eisner, M. (2020). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: Evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S003329172000241X>

Sit, R. W. S., Lai, H. H. K., Dong, D., Wang, B., Wong, M. C. S., Chung, R. Y. N., & Wong, S. Y. S. (2022). Explaining the Psychosocial Effects of COVID-19 Among Older Hong Kong Chinese People—A Qualitative Analysis. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 35(2), 206-214. <https://doi.org/10.1177/08919887221078563>

Sorkkila, M., & Aunola, K. (2019). Risk Factors for Parental Burnout among Finnish Parents : The Role of Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 29(3), 648-659. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01607-1>

Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>

Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Jia, Y., Gu, J., Zhou, Y., Wang, Y., Liu, N., & Liu, W. (2021). Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 283, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.050>

Tarquinio, C. & Auxéméry, Y. (2022). Manuel des troubles psychotraumatiques. Dunod

Taylor, S. COVID Stress Syndrome: Clinical and Nosological Considerations. *Current Psychiatry Reports* 23, 19 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01226-y>

Thierry, X., Geay, B., Pailhé, A., Berthomier, N., Camus, J., Cauchi-Duval, N. & Solaz, A. (2021). Les enfants à l'épreuve du premier confinement. *Population & Sociétés*, 585, 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.585.0001>

United Nations International Children's Emergency Fund. (2020). *Technical note on covid-19 and harmful practices*. <https://www.unicef.org/media/67506/file/TechnicalNote-COVID-19-and-HarmfulPractices-April%202020.pdf>

Vahia, I. V., Jeste, D. V., & Reynolds, C. F., 3rd (2020). Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *JAMA*, 324(22), 2253–2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>

Van Overmeire R. (2020). The Methodological Problem of Identifying Criterion A Traumatic Events During the COVID-19 Era: A Commentary on Karatzias et al. (2020). *Journal of traumatic stress*, 33(5), 864–865. <https://doi.org/10.1002/jts.22594>

Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), 278-280. <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>

Vercruyssen, B. (2021). Etude de l'impact traumatique du second confinement suite au COVID-19 sur les parents et leurs enfants ainsi que sur leur sentiment de compétence parentale [Master's thesis, University of Liège]. MatheO. <http://hdl.handle.net/2268.2/12195>

Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context : Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.3.290>

Walsh, F. (2016). Family resilience : a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313-324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Waters, E. et sroufe, A.L. (1983). Social competence as developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.

Whittle, S., Bray, K. O., Lin, S. & Schwartz, O. (2020). Parenting and child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ag2r7>.

Wilson, A. C., Lengua, L. J., Meltzoff, A. N., & Smith, K. A. (2010). Parenting and Temperament Prior to September 11, 2001, and Parenting Specific to 9/11 as Predictors of Children's Posttraumatic Stress Symptoms Following 9/11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(4), 445-459. <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.486317>

Wu, Q., Xu, Y., & Jedwab, M. (2021). Custodial Grandparent's Job Loss During the COVID-19 Pandemic and Its Relationship With Parenting Stress and Mental Health. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 40(9), 923–933. <https://doi.org/10.1177/07334648211006222>

Wyman, P.A., cowen, E.L., work, W.C., hoyt-meyers, L., magnus, K.B. et fagen, D.B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes : A replication and extension. *Child Development*, 70, 645-659.

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., & Song, R. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 898. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, 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, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., Li, Z., & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>

Yuan, K., Gong, Y. M., Liu, L., Sun, Y. K., Tian, S. S., Wang, Y. J., Zhong, Y., Zhang, A. Y., Su, S. Z., Liu, X. X., Zhang, Y. X., Lin, X., Shi, L., Yan, W., Fazel, S., Vitiello, M. V., Bryant, R. A., Zhou, X. Y., Ran, M. S., . . . Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19 : a meta-analysis and systematic review. *Molecular Psychiatry*, 26(9), 4982-4998. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Trouble stress post-traumatique (DSM-5, 2013)

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, *cf.* les critères correspondants ci-dessous.

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). **N.B. :** Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
5. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. **N.B. :** Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 6. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. **N.B. :** Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 7. Réactions dissociatives (p. ex. *lashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) **N.B. :** Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
 8. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 9. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Questionnaire sociodémographique

Avec qui passes-tu le test ?

- Seul(e)
- Un de mes parents
- Autres :

Sexe :

- Féminin
- Masculin

Age :

En quelle année scolaire es-tu ? :

As-tu des frères et sœurs ?

- Non
- Oui
 - Combien ?
 - Quel âge ont-ils ?

Si tu devais donner un mot pour décrire la manière dont tu vis la période COVID-19, lequel serait-ce ?

Depuis le début de la période COVID-19, est-ce que la fréquence à laquelle tu vois tes grands-parents a changé ?

- Non
- Oui
 - Tu dirais que tu les vois plus ou moins qu'avant ?

A quelle fréquence vois-tu tes grands-parents (par semaine, mois ou année) ?.....

Sur le curseur ci-joint entoure à combien situerais-tu la fréquence à laquelle toi et tes (ton) parent(s) vous discutez du coronavirus (1 étant jamais et 10 étant plusieurs fois par jours) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire sociodémographique

Votre sexe :

- Féminin
- Masculin

Votre âge :

Votre nationalité :

Votre statut civil :

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Autre :

Quel métier exercez-vous ? :

Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?

- Pas de diplôme ou certificat
- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire inférieur
- Enseignement secondaire supérieur
- Enseignement post-secondaire non-supérieur
- Enseignement supérieur (bachelier/ master /doctorat)

Actuellement, vous vivez dans un logement dont la superficie est de :

- Moins de 50m² sans jardin/terrasse
- Moins de 50m² avec jardin/terrasse
- Entre 50 et 100m² sans jardin/terrasse
- Entre 50 et 100m² avec jardin/terrasse
- Entre 100 et 200m² sans jardin/terrasse
- Entre 100 et 200m² avec jardin/terrasse
- Plus de 200m² sans jardin/terrasse
- Plus de 200m² avec jardin/terrasse

Combien d'enfants avez-vous ?

Quel est l'âge de chacun de vos enfants ?/...../...../...../.....

En quelle année scolaire sont-ils ?/...../...../...../.....

Quels sont vos ressentis par rapport à la crise sanitaire ?

.....
.....
.....

Si vous deviez donner un mot pour décrire la manière dont vous vivez la période COVID-19, lequel serait-ce ?

Quelles-sont les répercussions de la pandémie sur votre dynamique familiale ?

.....
.....
.....

Depuis le début de la période COVID-19, est-ce que la fréquence à laquelle vous rendez visite à vos parents a changé ?

- Non
- Oui
 - Les voyez-vous plus ou moins qu'avant ?

A quelle fréquence voyez-vous vos parents (par semaine, mois ou année) ?.....

Vivez-vous avec au moins un proche dit à risque (déficience immunitaire, profession où l'individu est exposé au foule, âge avancé, ...) ?

- Oui
- Non

Sur le curseur ci-joint, entourez à combien situeriez-vous la fréquence à laquelle vous discutez du covid-19 avec votre enfant ? (1 étant jamais et 10 étant plusieurs fois par jour) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire sociodémographique

Votre sexe :

- Féminin
- Masculin

Votre âge :

Votre nationalité :

Votre statut civil :

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Autre :

Quel métier exercez-vous ? :

Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?

- Pas de diplôme ou certificat
- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire inférieur
- Enseignement secondaire supérieur
- Enseignement post-secondaire non-supérieur
- Enseignement supérieur (bachelier/ master /doctorat)

Actuellement, vous vivez dans un logement dont la superficie est de :

- Moins de 50m² sans jardin/terrasse
- Moins de 50m² avec jardin/terrasse
- Entre 50 et 100m² sans jardin/terrasse
- Entre 50 et 100m² avec jardin/terrasse
- Entre 100 et 200m² sans jardin/terrasse
- Entre 100 et 200m² avec jardin/terrasse
- Plus de 200m² sans jardin/terrasse
- Plus de 200m² avec jardin/terrasse

Combien d'enfants avez-vous ?

Quel est l'âge de chacun de vos enfants ?/...../...../...../.....

Combien de petits-enfants avez-vous ?

Quels sont vos ressentis par rapport à la crise sanitaire ?

.....
.....
.....

Si vous deviez donner un mot pour décrire la manière dont vous vivez la période COVID-19, lequel serait-ce ?

Quelles-sont les répercussions de la pandémie sur votre dynamique familiale ?

.....
.....
.....

Depuis le début de la période COVID-19, est-ce que la fréquence à laquelle vous voyez vos enfants et vos petits-enfants a changé ?

- Non
- Oui
 - Les voyez-vous plus ou moins qu'avant ?

A quelle fréquence voyez-vous vos enfants et vos petits-enfants (par semaine, mois ou année) ?.....

Vivez-vous avec au moins un proche dit à risque (déficience immunitaire, profession où l'individu est exposé à la foule, âge avancé, ...) ?

- Oui
- Non

Sur le curseur ci-joint, entourez à combien situeriez-vous la fréquence à laquelle vous discutez du covid-19 avec vos enfants et vos petits-enfants? (1 étant jamais et 10 étant plusieurs fois par jour) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10