

Parcours post-migratoire : asile, traumatisme et résilience, différentes trajectoires. Comparaison de la santé mentale et des difficultés post-migratoires des migrants réguliers et des migrants irréguliers en Belgique.

Auteur : Herroudi, Laura

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/2268.2/15332>

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.

Université de Liège

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Année académique 2021-2022

Parcours post-migratoire : asile, traumatisme et résilience,
différentes trajectoires

Comparaison de la santé mentale et des difficultés post-migratoires
des migrants réguliers et des migrants irréguliers en Belgique

- Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques -

HERROUDI Laura

Promotrice : BLAVIER Adélaïde

Superviseuse : KNÜPPEL Iris

Lectrices : GLOWACZ Fabienne et LAVAUX Julie

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier ma promotrice, Madame Blavier, pour sa confiance, ses apprentissages et son accompagnement. Travailler à ses côtés fut une expérience très riche pour moi. Je tiens également à remercier ma superviseuse, Madame Knüppel, pour sa patience, sa guidance, son écoute, ses partages d'idées et ses nombreux conseils, tout au long de la réalisation de ce travail.

Ma gratitude va également aux lectrices de ce mémoire, Madame Glowacz et Madame Lavaux, pour l'intérêt porté à ce travail et le temps consacré à sa lecture. Vous avez eu une place importante tout au long de mon cursus d'une part, et de mon expérience clinique de stage d'autre part, c'est donc un plaisir pour moi de conclure mon parcours académique en votre présence.

Ensuite, je remercie chaleureusement l'ensemble des personnes ayant accepté de participer à cette étude et de partager leur vécu avec moi. Ces rencontres furent très enrichissantes. J'en retiendrai votre détermination, vos sourires, votre hospitalité et votre courage. Merci pour votre confiance et votre investissement, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans vous. *Choukran. Faleminderit. Thank you. Tashakor. Murakoze. Spas. Matondi. Manana. Spasibo. Asante. Barkal. Yekeniele. Teşekkür ederim. Na som. Gracias.*

Mes remerciements vont également aux associations et aux professionnels du domaine associatif, de l'accueil, de la santé mentale et de la migration, qui ont accepté de m'aider et de m'accorder de leur temps. Je pense notamment aux équipes de la Croix-Rouge de Belgique, du Monde des Possibles, de l'École des Solidarités, de la Voix des Sans-Papiers de Liège, d'Espace 28, de l'asbl Interra, du Centre des Immigrés Namur-Luxembourg (CINL), de l'asbl 'Amoureux, vos papiers !', du CRACPE, de l'asbl Point d'appui, de l'Évêché de Liège, du CRIPEL, de Caritas International, du CRESAM, de Promotion et Culture, et bien d'autres encore. J'adresse également mes remerciements à mes collègues du centre Croix-Rouge CARDA, qui ont soutenu ce projet de recherche, m'ont conseillée et encouragée, et dont l'expertise m'a été précieuse. Je remercie également leurs incroyables interprètes : Fatima, Mathilda et Italia. Un grand merci aussi aux chercheurs australiens, suédois, allemands et suisses qui m'ont montré à quel point le réseau de la recherche scientifique en Psychologie est riche et solidaire, en répondant à mes interrogations sur le PMLD et en me partageant leurs fichiers.

Enfin, mes remerciements vont à mes proches. À mes parents, merci de continuer à m'inspirer, à m'encourager et à me soutenir dans tous mes projets, même les plus fous. Un merci particulier à ma maman, j'admire la psychologue et la personne que tu es. À mon grand-père pour sa relecture attentive et ses remarques bienveillantes. À ma famille, pour son enthousiasme et son soutien infaillible. À Kenzo, Polo et Puma, qui ont suivi la réalisation de ce mémoire de très près. À ces amitiés précieuses, toujours présentes pour me motiver et supporter mes moments de doute.

Merci à tous, pour cette expérience passionnante et enrichissante.

Table des matières

Liste des abréviations.....

Lexique.....

I. Introduction..... 1

II. Revue de la littérature..... 2

1. Asile en Belgique et dans le Monde.....	2
1.1. Asile dans le Monde.....	2
1.1.1. Statistiques.....	2
1.1.2. Différents types de migration.....	2
1.1.3. Mesures restrictives.....	3
1.2. Asile en Belgique.....	5
1.2.1. Statistiques.....	5
1.2.2. Séjour régulier.....	6
1.2.3. Droits des personnes en séjour régulier.....	7
1.2.4. Séjour irrégulier.....	7
1.2.5. Droits des personnes en séjour irrégulier.....	8
2. Parcours migratoire.....	9
2.1. Parcours prémigratoire.....	10
2.2. Parcours péri-migratoire.....	12
2.3. Parcours post-migratoire.....	13
2.3.1. Facteurs de stress liés à l’asile et aux politiques d’immigration.....	14
2.3.1.1. Procédure d’asile.....	14
2.3.1.1.1. Délais de traitement prolongés.....	14
2.3.1.1.2. Auditions des services d’immigration.....	15
2.3.1.1.3. Détention.....	15
2.3.1.1.4. Insécurité du statut.....	15
2.3.2. Facteurs de stress sociaux et interpersonnels.....	16
2.3.2.1. Situation familiale.....	16
2.3.2.2. Intégration et réseau social.....	17
2.3.2.3. Marginalisation et stigmatisation.....	18
2.3.2.4. Difficultés linguistiques et communication.....	19
2.3.3. Facteurs de stress socio-économiques.....	19
2.3.3.1. Emploi.....	19
2.3.3.2. Logement.....	20
2.3.3.3. Accès aux soins de santé.....	21
2.3.4. Comparaison difficultés post-migratoires des migrants réguliers et irréguliers.....	22
3. Santé mentale et migration.....	23
3.1. Traumatisme psychique.....	25
3.1.1. Définition et prévalence du trouble de stress post-traumatique.....	25
3.1.2. Trouble de stress post-traumatique, vécu prémigratoire et post-migratoire.....	26

3.1.3. Trouble de stress post-traumatique et statut de séjour.....	27
3.2. Dépression et anxiété.....	28
3.2.1. Définition et prévalence de la dépression.....	28
3.2.2. Définition et prévalence des troubles anxieux.....	28
3.2.3. Troubles anxieux, dépression et vécu post-migratoire.....	29
3.2.4. Troubles anxieux, dépression et statut de séjour.....	30
3.3. Autres troubles de santé mentale.....	31
3.4. Vision du monde.....	32
3.5. Résilience.....	33
III. Objectifs et hypothèses de la recherche.....	35
1. Objectifs.....	35
2. Hypothèses.....	35
2.1. Hypothèse 1 : La santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers.....	35
2.1.1. Hypothèse 1a : Les niveaux de traumatisme sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.....	35
2.1.2. Hypothèse 1b : Les niveaux de dépression et d'anxiété sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers...	36
2.1.3. Hypothèse 1c : La vision du monde des migrants irréguliers est plus négative que celle des migrants réguliers.....	36
2.1.4. Hypothèse 1d : Les niveaux de résilience sont plus faibles dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.....	37
2.2. Hypothèse 2 : Les difficultés post-migratoires diffèrent entre les migrants réguliers et irréguliers et elles ont un impact sur la santé mentale des deux groupes.....	37
2.2.1. Hypothèse 2a : Les migrants irréguliers rencontrent plus de difficultés post-migratoires que les migrants réguliers.....	38
2.2.2. Hypothèse 2b : Les difficultés post-migratoires ont un impact sur la santé mentale.....	38
IV. Méthodologie.....	39
1. Population et critères d'inclusion.....	39
2. Procédure de recrutement et conditions de passation.....	40
2.1. Procédure de recrutement.....	40
2.2. Conditions de passation.....	40
3. Instruments de mesure.....	41
3.1. Données sociodémographiques.....	41
3.2. Post-Migration Living Difficulties Checklist (PMLD)	41
3.2.1. Description de l'instrument.....	41
3.2.2. Cotation et propriétés psychométriques.....	42
3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-V version (PCL-5).....	42
3.3.1. Description de l'instrument.....	42
3.3.2. Cotation et propriétés psychométriques.....	42
3.4. World Assumptions Questionnaire (WAQ)	43
3.4.1. Description de l'instrument.....	43

3.4.2. Cotation et propriétés psychométriques.....	43
3.5. Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)	44
3.5.1. Description de l'instrument.....	44
3.5.2. Cotation et propriétés psychométriques.....	44
3.6. Adult Resilience Measure - Revised (ARM-R).....	44
3.6.1. Description de l'instrument.....	44
3.6.2. Cotation et propriétés psychométriques.....	45
V. Résultats statistiques.....	46
1. Statistiques descriptives : description de l'échantillon.....	46
2. Normalité des variables.....	48
3. Analyses statistiques.....	49
3.1. Hypothèses sur la santé mentale des migrants réguliers et irréguliers.....	49
3.1.1. Comparaison de la santé mentale des deux groupes : données métriques.....	50
3.1.1.1. Comparaison des moyennes et conclusions.....	52
3.1.2. Comparaison de la santé mentale des deux groupes : données catégorielles...	53
3.2. Hypothèses sur les difficultés post-migratoires des migrants réguliers et irréguliers...	55
3.2.1. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour tout l'échantillon.....	55
3.2.2. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, par groupe.....	56
3.2.2.1. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale pour les migrants réguliers.....	57
3.2.2.2. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale pour les migrants irréguliers.....	58
3.2.3. Fréquence des difficultés post-migratoires par groupe.....	60
4. Analyses statistiques supplémentaires : effets de l'âge et du sexe.....	61
4.1. Évaluation de l'effet de l'âge.....	61
4.2. Évaluation de l'effet du sexe.....	61
5. Conclusions.....	62
VI. Interprétation et discussion.....	66
1. Analyse et interprétation des résultats.....	66
1.1. Discussion de la première hypothèse.....	66
1.1.1. Hypothèse 1a.....	66
1.1.2. Hypothèse 1b.....	69
1.1.3. Hypothèse 1c.....	71
1.1.4. Hypothèse 1d.....	73
1.2. Discussion de la seconde hypothèse.....	76
1.2.1. Hypothèse 2a.....	76
1.2.2. Hypothèse 2b.....	79
2. Intérêt de la recherche.....	81
3. Limites méthodologiques.....	82
3.1. Limites de l'échantillon.....	82
3.2. Limites du design de l'étude.....	83

4. Implications cliniques, politiques et sociétales.....	83
4.1. Interventions psychologiques.....	83
4.2. Responsabilités politiques.....	84
4.3. Implications socio-professionnelles.....	85
4.4. Prise en charge sociale.....	85
4.5. Devoir d'information et de sensibilisation du public.....	86
5. Perspectives futures.....	86
VII. Conclusion et pistes de réflexion.....	88
Annexe 1.....	90
Annexe 2.....	92
Annexe 3.....	93
Liste des tableaux et des figures.....	94
Bibliographie.....	95
Résumé.....	110

Liste des abréviations

AMU	Aide Médicale Urgente
ARM-R	Adult Resilience Measure - Revised
CCE	Conseil du Contentieux des Étrangers
CE	Conseil d'État
CGRA	Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
HSCL-25	Hopkins Symptom Checklist-25
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OE	Office des Étrangers
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OQT	Ordre de Quitter le Territoire
PCL-5	Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-V version
PMLD	Post-Migration Living Difficulties Checklist
TSPT	Trouble de Stress Post-Traumatique
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WAQ	World Assumptions Questionnaire

Lexique

Acculturation : Ensemble des changements apportés aux modèles culturels initiaux résultant de contacts directs et continus entre des groupes d'individus de culture différente, à la suite par exemple de mouvements migratoires ou d'échanges économiques.

Apatride : Personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation.

Candidat débouté : Demandeur dont la requête a fait l'objet d'une décision de rejet définitive. Dans le contexte migratoire, personne dont la demande d'entrée, de séjour ou d'emploi a été rejetée par une décision devenue définitive.

Demandeur d'asile : Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un État en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête.

Expulsion : Décision par laquelle un État ordonne à une ou plusieurs personnes, étrangères ou apatrides, de quitter son territoire dans un délai déterminé.

Intégration : Processus bidirectionnel d'adaptation mutuelle entre les migrants et la société dans laquelle ils vivent, par lequel les migrants sont incorporés à la vie sociale, économique, culturelle et politique de la communauté d'accueil. Il suppose un ensemble de responsabilités communes pour les migrants et les communautés, et englobe d'autres aspects connexes tels que l'inclusion sociale et la cohésion sociale.

Migrant en situation irrégulière : Migrant contrevenant à la réglementation du pays d'origine, de transit ou de destination, soit qu'il soit entré irrégulièrement sur le territoire d'un État, soit qu'il s'y soit maintenu au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore qu'il se soit soustrait à l'exécution d'une mesure d'éloignement.

Migrant en situation régulière : Migrant dont l'entrée et le séjour sur le territoire d'un État étranger est autorisée conformément à la législation dudit État et aux accords internationaux auxquels il est partie.

Migrant illégal : Terme parfois employé comme synonyme de migrant en situation irrégulière. L'expression « migrant illégal », qui présente un caractère stigmatisant et entre en contradiction avec l'esprit des instruments internationaux de protection des droits de l'homme, est à éviter.

Migrants économiques : Migrants quittant leur pays d'origine pour s'installer sur le territoire d'un État étranger afin d'améliorer leurs conditions d'existence. Ce terme est employé pour désigner toute personne qui franchit une frontière internationale ou qui se déplace à l'intérieur d'un État, principalement pour améliorer sa situation économique.

Migration climatique : Mouvement d'une personne ou d'un groupe de personnes qui, essentiellement pour des raisons liées à une modification soudaine ou progressive de l'environnement en raison du changement climatique, sont contraintes de quitter leur lieu de résidence habituelle, ou le quittent de leur propre initiative, temporairement ou définitivement, pour se rendre ailleurs sur le territoire d'un État ou par-delà une frontière internationale.

Migration forcée : Terme généralement utilisé pour décrire le mouvement migratoire non volontaire de personnes, causé notamment par la crainte de persécutions, par des situations de conflit armé, de troubles internes, de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme. La notion de migration forcée comprend le mouvement de personnes déplacées à l'intérieur ou à l'extérieur de leur pays.

Migration internationale : Mouvement de personnes qui quittent leur pays d'origine ou de résidence habituelle pour s'établir de manière permanente ou temporaire dans un autre pays, franchissant par conséquent une frontière internationale.

Migration interne : Mouvement de personnes à l'intérieur d'un État aux fins d'y établir une nouvelle résidence, temporaire ou permanente.

Naturalisation : Acte d'une autorité publique nationale octroyant à un étranger, sur sa demande, la nationalité de l'État sollicité. Chaque État détermine librement les conditions selon lesquelles la naturalisation est accordée.

Réfugié : Personne qui a fui son pays, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.

Regroupement familial (droit au) : Procédure permettant l'installation durable de personnes venues rejoindre sur le territoire d'un État dont elles ne possèdent pas la nationalité un ou plusieurs membres de leur famille qui y résident.

Régularisation : Décision par laquelle les autorités nationales compétentes accordent un titre de séjour à un étranger ou à un groupe d'étrangers se trouvant en situation irrégulière sur son territoire.

Sans-papiers : Dans le langage courant, personne qui est en séjour irrégulier, c'est-à-dire qui n'est pas ou plus autorisée au séjour dans le pays où elle se trouve.

Titre de séjour : Document délivré par les autorités compétentes d'un État à un étranger, attestant que l'intéressé est autorisé à séjourner sur le territoire dudit État pendant la durée de validité de son titre.

Pour plus de références, voir : Perruchoud, R. (2007). *Glossaire de la Migration. Droit International de la Migration*. International Organization for Migration [IOM].

I. Introduction

Selon l'UNHCR (2022), il y a actuellement plus de 89.3 millions de personnes déplacées à travers le monde. Les personnes réfugiées, demandeuses d'asile, apatrides et en situation irrégulière, sont particulièrement exposées à un grand nombre d'événements traumatisants, vécus lors des trois principales étapes de la migration : le parcours prémigratoire, le parcours péri-migratoire et le parcours post-migratoire. Ainsi, la littérature scientifique rapporte une prévalence élevée de troubles en santé mentale au sein de cette population, tels que le trouble de stress post-traumatique, les troubles dépressifs, ou encore les troubles anxieux. Les recherches initiales ont souligné l'impact sur la santé mentale des expériences vécues dans le pays d'origine et sur la route migratoire, tandis que les difficultés rencontrées dans le pays d'accueil ont rarement été prises en compte dans ces études. Or, la littérature actuelle démontrerait que les difficultés post-migratoires auraient davantage de conséquences sur la santé mentale que les expériences antérieures.

Par ailleurs, plusieurs études soulignent des variations dans les symptômes et les difficultés vécues par les différents groupes inclus dans la vaste appellation des « populations migrantes ». En effet, plusieurs chercheurs ont pu distinguer des différences en lien avec le statut des personnes concernées, les sujets disposant d'un statut de séjour temporaire ou précaire arborant davantage de difficultés post-migratoires et une santé mentale moindre que des sujets ayant un statut permanent et stable. En revanche, alors que de nombreuses études s'intéressent aux personnes réfugiées et demandeuses d'asile, il existe une vacuité importante de la littérature concernant les personnes en situation irrégulière.

Dès lors, ce mémoire investiguera deux aspects peu étudiés jusqu'à présent dans les recherches sur la migration. D'une part, nous nous intéresserons aux difficultés post-migratoires, afin d'apporter une meilleure compréhension des défis quotidiens rencontrés par les populations migrantes en Belgique. D'autre part, nous évaluerons la santé mentale des personnes en situation irrégulière, en comparaison avec des personnes ayant un statut de séjour régulier. Notre objectif sera de retracer les différentes trajectoires de ces personnes, de nous pencher sur leur vécu quotidien, leurs symptômes, mais également leurs ressources, tout en considérant que chaque parcours est unique.

II. Revue de la littérature

1. Asile en Belgique et dans le Monde

1.1 Asile dans le Monde

1.1.1. Statistiques

L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2022) a récemment révélé les statistiques reprenant le nombre de personnes déplacées à travers le monde pour la fin de l'année 2021. Le constat posé est édifiant, l'UNHCR comptabilisant le niveau record de plus de 89.3 millions de personnes déplacées, en raison de persécutions, de conflits, de violences, de violations des droits humains, de changements climatiques, de l'insécurité alimentaire, ou d'évènements troublant gravement l'ordre public (UNHCR, 2022). Cela représente une augmentation de 6.9 millions de personnes déplacées par rapport à la fin de l'année précédente (UNHCR, 2021). En comparaison, ce nombre s'élevait à 51.2 millions en 2013 (UNHCR, 2014). Les premières prévisions de l'UNHCR (2022) pour l'année 2022 dépasseraient les 100 millions de personnes déplacées, atteignant ainsi le niveau le plus élevé jamais enregistré.

Selon l'UNHCR (2022), ces chiffres incluent notamment 53.2 millions de déplacés internes, 27.1 millions de réfugiés, 4.6 millions de demandeurs d'asile et 4.4 millions de Vénézuéliens déplacés à l'étranger¹. Plus précisément, plus de deux tiers des personnes déplacées (69 %) sont originaires de seulement cinq pays : la Syrie, le Venezuela, le Soudan du Sud, l'Afghanistan et le Myanmar (UNHCR, 2022). Par conséquent, plus de 1 % de la population mondiale, soit 1 personne sur 88, est aujourd'hui déplacée de force, en quête de sécurité, contre 1 personne sur 159 en 2010 (UNHCR, 2022).

Selon les statistiques de 2021, 83 % des personnes déplacées ont été accueillies dans des pays en développement, contre seulement 17 % pour les pays développés (UNHCR, 2022). En effet, la grande majorité des personnes déplacées par la guerre ou les persécutions cherchent refuge au sein de leur État ou dans un pays limitrophe (Lindert et al., 2009). Les principaux pays d'accueil repris dans ce rapport sont : la Turquie, la Colombie, le Pakistan, l'Ouganda et l'Allemagne (UNHCR, 2022).

1.1.2. Différents types de migration

Différentes formes de migration existent, il est donc nécessaire de les différencier, la notion vaste de « population migrante » pouvant réunir un large éventail de réalités différentes (Heeren et al., 2014). Ce groupe, très hétérogène, diffère notamment par son parcours

¹ L'UNHCR ne comptabilise pas le nombre de Vénézuéliens déplacés à l'étranger dans le groupe des réfugiés.

migratoire et ses motivations, ses conditions sociales et économiques, et son statut d'asile (Aragona et al., 2012).

Ainsi, sont communément différenciées les personnes ayant migré en raison de facteurs d'incitation de leur pays d'origine, on parle alors de migration forcée, et les personnes ayant migré en raison de facteurs d'attraction du pays d'accueil, on parle alors de migration économique (Organisation Internationale pour les Migrations [OIM], 1997). D'une part, la migration forcée se définit comme « le mouvement migratoire non volontaire de personnes, causé notamment par la crainte de persécutions, par des situations de conflit armé, de troubles internes, de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme. » (Perruchoud, 2007). D'autre part, la migration économique se réfère aux « migrants quittant leur pays d'origine pour s'installer sur le territoire d'un État étranger afin d'améliorer leurs conditions d'existence. » (Perruchoud, 2007). Enfin, ces dernières décennies ont vu émerger une nouvelle forme de migration, qualifiée de migration climatique, qui se définit comme « le mouvement de personnes qui, essentiellement pour des raisons liées à une modification soudaine ou progressive de l'environnement en raison du changement climatique, sont contraintes de quitter leur lieu de résidence habituelle, pour se rendre ailleurs sur le territoire d'un État ou par-delà une frontière internationale » (Perruchoud, 2007).

La combinaison de ces diverses formes de migration conjointes complexifie l'application du droit à l'asile, d'autant plus qu'il existe des liens étroits entre conflits internes, limitation des ressources naturelles et appauvrissement de la population (Silove et al., 2000). Ainsi, les distinctions entre réfugiés politiques, économiques ou climatiques sont de plus en plus difficiles à établir, amenant les pays d'accueil à renforcer leurs politiques migratoires et à restreindre davantage l'accès à leur territoire (Silove et al., 2000).

1.1.3. Mesures restrictives

« Priver les gens de leurs droits humains
revient à contester leur humanité même. »
- Nelson Mandela

Le droit d'asile, ou droit à la protection internationale, est un droit fondamental reconnu et dont peut bénéficier chaque individu (Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers [CIRÉ], 2019). Pourtant, ces dernières années, les pays occidentaux ont progressivement imposé des mesures de plus en plus sévères afin de contrôler et de limiter l'afflux des personnes déplacées vers l'Europe (Barbieri, 2021). Ces politiques de dissuasion, visant en apparence à réguler l'augmentation des migrations illégales et économiques, ont pour effet de s'appliquer au plus grand nombre de personnes migrantes. De nombreuses recherches à travers le monde se sont penchées sur ces méthodes controversées, et ont tenté d'identifier les conséquences que celles-ci pouvaient avoir sur les personnes concernées.

Parmi les mesures de dissuasion les plus fréquemment citées dans la littérature scientifique, de nombreux auteurs évoquent la pratique croissante de la détention (Steel et al., 2006). En effet, de nombreux pays ont choisi de maintenir les demandeurs d'asile se présentant à leurs frontières dans des centres de détention ou des prisons d'État pour des périodes prolongées pendant que leurs demandes de statut de réfugié sont traitées (Silove et al., 2000 ; Sinnerbrink et al., 1997). Ces méthodes liberticides controversées ont été largement dénoncées par de nombreux professionnels de la santé, les effets délétères de la détention sur la santé mentale et physique ayant été soulevés à de nombreuses reprises (Ichikawa et al., 2006 ; Robjant et al., 2009 ; Steel et al., 2004).

Par ailleurs, la durée de la procédure d'asile s'est également considérablement allongée, en raison des politiques restrictives en vigueur dans la plupart des pays occidentaux. En effet, les personnes déplacées sont souvent confrontées à de longues et contraignantes procédures juridiques avant que leur demande de séjour ne soit accordée (Laban et al., 2008). En 2003, la majorité des demandeurs d'asile étaient engagés pendant plus de deux ans de procédure aux Pays-Bas (Laban et al., 2004). Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR, 2021), la majorité des demandeurs d'asile dans le monde passe au moins un an dans le système d'asile. À nouveau, de nombreux chercheurs ont souligné l'impact sévère des procédures d'asile longues sur la santé mentale des personnes concernées, induisant une prévalence élevée de troubles psychiatriques (Hocking et al., 2015 ; Laban et al., 2004).

Les inquiétudes suscitées par une migration incontrôlée ont également encouragé certains pays développés à adopter des statuts d'asile temporaires, des contrôles rigoureux aux frontières, l'expulsion accélérée de demandeurs déboutés, la baisse de quota d'acceptation, des sanctions envers l'aide à l'immigration irrégulière, une externalisation des frontières, l'imposition de pénalités financières aux demandeurs d'asile faisant appel de leur décision négative, ou encore des mesures d'assimilation forcée au sein de la communauté ou de dispersion systématique à travers le pays (Newnham et al., 2019 ; Silove et al., 2000). L'augmentation du nombre de personnes déplacées, associée à une diminution de la possibilité de solutions d'accueil permanentes, favorise l'insécurité, l'incertitude et la perte de contrôle sur leur futur des populations déplacées (Nickerson et al., 2019).

À l'image de l'opinion publique ambivalente, la politique migratoire contemporaine revêt une image paradoxale, mêlant empathie et rejet. L'accueil des migrants suscite des réactions contradictoires, alliant de la compassion envers certains groupes déplacés, et de la méfiance ou de la peur dans d'autres circonstances (Mescoli, 2021). Ainsi, la gestion des flux migratoires est polarisée en Europe, certains États membres manifestant ouverture et hospitalité, tandis que d'autres arborent une hostilité non dissimulée (Mescoli, 2021).

1.2. Asile en Belgique

1.2.1. Statistiques

La Belgique fait partie des pays signataires de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (United Nations [UN], 1948, art. 14), de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés (UN, 1951) et de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (Conseil de l'Europe, 2000, art. 18). Par conséquent, toute personne d'origine étrangère se trouvant sur le territoire belge et « ayant fui son pays d'origine en raison d'une crainte fondée de persécution et risquant de subir des préjudices graves du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, ses opinions politiques ou son appartenance à un groupe social » pourra introduire une demande de protection internationale en Belgique afin que son statut de réfugié puisse être reconnu (CIRÉ, 2019). La demande d'asile initiée par un individu concerné par ces conditions sera alors enregistrée à l'Office des Étrangers (OE), puis examinée par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA), en charge des auditions des personnes demandeuses d'asile et de la décision de protection (CGRA, 2022). La procédure d'asile en Belgique est une procédure judiciaire longue et complexe qui peut aboutir sur différentes décisions : soit à la reconnaissance du statut de réfugié, soit à l'octroi de la protection subsidiaire, soit au refus des deux statuts (Ligue des droits de l'Homme, 2016).

Le nombre de personnes déplacées correspondant à la définition fournie par la Convention de 1951 augmente depuis quelques décennies en raison des guerres et de l'instabilité politique en cours dans différentes régions du monde (Giacco et al., 2018). En 2021, 25 971 personnes ont adressé une demande de protection internationale à l'Office des Étrangers (CGRA, 2022). La majorité des personnes ayant sollicité l'asile en Belgique provenait de cinq pays principaux : l'Afghanistan, la Syrie, la Palestine, l'Érythrée et la Somalie (CGRA, 2022). Pour l'année 2021, 43.5 % des décisions prises par le CGRA ont abouti à l'octroi de l'asile pour 10 093 personnes², comparé à 34.1 % pour l'année précédente. Le taux de refus était donc de 56.5 %, le CGRA refusant d'accorder une protection à 11 817 personnes ayant sollicité l'asile en Belgique, contestant ainsi leur droit à un titre de séjour sur le territoire belge (Asylum Information Database [AIDA], 2022).

Selon les données fournies par Myria (2021), 27 104 personnes ont reçu une décision de retour en 2019. Les décisions de retour sont délivrées aux personnes d'origine étrangère dont la procédure d'obtention ou de prolongation d'un titre de séjour s'est vue refusée, se trouvant alors en situation irrégulière sur le territoire belge (Myria, 2021). En 2017, les autorités belges ont constaté que sur l'ensemble des personnes s'étant vu refuser l'octroi à la protection

² Parmi celles-ci, 39 % concernaient l'attribution du statut de protection internationale, soit 9 222 personnes, tandis que 4.5 % impliquaient l'attribution du statut de protection subsidiaire, soit 871 personnes (CGRA, 2022).

internationale, seuls 20 % des migrants déboutés quittaient le pays (Migrants-Refugees, 2020), une grande majorité des personnes déboutées choisissant la voie de l'illégalité sur le territoire belge (Croix-Rouge de Belgique, 2014). Lorsqu'une personne en séjour irrégulier est arrêtée en Belgique, elle peut être placée en détention administrative au sein d'un centre fermé dans l'attente d'une expulsion du territoire belge (Ligue des droits de l'Homme, 2016). En 2019, sur les 8 555 détentions en centre fermé enregistrées, 68 % concernaient des personnes en séjour irrégulier (Myria, 2021). L'utilisation controversée de ces méthodes liberticides fut vivement critiquée, en Belgique et dans le monde (Steel et al., 2004), notamment dans le cadre de la détention de familles et de mineurs (Migrants-Refugees, 2020) et pour ses violations des droits fondamentaux (Ligue des droits de l'Homme, 2016).

En ce qui concerne l'immigration irrégulière, peu de données officielles sont disponibles afin d'évaluer le nombre de personnes étant en situation irrégulière sur le territoire belge. En 2019, l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) estimait la présence en Belgique d'environ 6 à 14 % de personnes ne disposant pas d'un titre de séjour valable, parmi l'ensemble de la population étrangère résidant sur le territoire belge (Migrants-Refugees, 2020). De par leur "invisibilité administrative", il n'existe pas de statistiques officielles recensant précisément le nombre de personnes en situation irrégulière présentes en Belgique. Cependant, les estimations les plus précises se situeraient aux alentours de 100 000 à 150 000 individus, selon une étude de l'Université Erasme (Van Meeteren et al., 2007) et les chiffres du CIRÉ (2019). Ces mêmes études concluent qu'il s'agit d'une population très hétérogène, reprenant des femmes, des hommes et des enfants aux nationalités et aux parcours variés, installés en Belgique depuis parfois de nombreuses années (CIRÉ, 2019).

1.2.2. Séjour régulier

Lorsque la demande d'asile est jugée légitime, elle donne accès au **statut de réfugié**. Le terme réfugié s'applique à tout individu « se trouvant hors du pays dans lequel il craint avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques » (OIM, 1997).

Le **statut de protection subsidiaire**, quant à lui, est accordé aux personnes qui ne peuvent être considérées comme réfugiées et à l'égard desquelles « il existe de sérieux motifs de croire que, si elles étaient renvoyées dans leur pays d'origine, elles encourraient un risque réel de subir des atteintes graves, telles que la peine de mort, la torture, des traitements inhumains et dégradants, ou de la violence dans le cadre d'un conflit armé » (CIRÉ, 2019).

En cas de reconnaissance du statut de réfugié par le CGRA, une autorisation de séjour d'une durée limitée à 5 ans sera accordée au demandeur dans un premier temps, au terme de

laquelle il pourra prétendre à un titre de séjour illimité. Ces délais sont légèrement plus longs en ce qui concerne la protection subsidiaire.

En cas de refus de la demande d'asile, le demandeur sera débouté de la procédure de protection internationale et un ordre de quitter le territoire (OQT) lui sera notifié (CIRÉ, 2019). Plusieurs voies de recours s'offrent alors au demandeur débouté : il peut faire appel devant le Conseil du Contentieux des Étrangers (CCE) ou devant le Conseil d'État (CE) (Ligue des droits de l'Homme, 2016).

Outre la demande d'asile, quelques exceptions existent afin de permettre aux personnes migrantes se trouvant déjà sur le territoire belge mais n'ayant pas de titre de séjour de régulariser leur situation. D'une part, la **régularisation du séjour pour circonstances exceptionnelles** (ou pour raisons humanitaires), basée sur l'article 9bis de la loi des étrangers (Ligue des droits de l'Homme, 2016). D'autre part, la **régularisation du séjour pour raisons médicales**, basée sur l'article 9ter de la loi des étrangers (Ligue des droits de l'homme, 2016).

Enfin, il existe également la possibilité pour les personnes résidant sur le territoire belge et disposant d'un droit de séjour valide de se faire rejoindre par certains membres de leur famille, tels que leurs parents, leurs enfants, ou leur conjoint (CIRÉ, 2019). C'est ce que l'on nomme communément la procédure de **regroupement familial**. Néanmoins, les conditions d'application de cette procédure sont particulièrement strictes (CIRÉ, 2019).

1.2.3. Droits des personnes en séjour régulier

Lorsque le statut de réfugié est octroyé, la Belgique s'engage formellement à respecter le principe fondamental de non-refoulement, en ne renvoyant pas la personne réfugiée vers le pays qu'elle a fui et où sa vie ou sa liberté sont menacées (CIRÉ, 2019). La Belgique concède également le droit aux personnes en situation régulière de pouvoir bénéficier d'une aide sociale en cas de besoin, ainsi qu'un accès à un logement social. En ce qui concerne le droit au travail, les personnes ayant obtenu un statut, et donc un titre de séjour valide, disposent d'un permis de travail. Il est également possible pour les migrants réguliers de faire valoir en Belgique un diplôme obtenu à l'étranger, en passant par une procédure d'équivalence du diplôme (Ligue des droits de l'Homme, 2016). Enfin, la personne ayant été reconnue comme réfugiée a le droit de voyager et de quitter le territoire belge, mais n'est pas autorisée à retourner dans son pays d'origine, sous peine de perdre son statut de réfugié (CIRÉ, 2019).

1.2.4. Séjour irrégulier

Les personnes en situation irrégulière, également appelées migrants illégaux ou « sans-papiers », désignent les personnes se trouvant en séjour irrégulier sur le territoire belge et ne disposant pas ou plus d'un titre de séjour valide les autorisant à séjourner régulièrement en Belgique (CIRÉ, 2019). Différents cas de figure existent en ce qui concerne la situation

irrégulière justifiant ce statut. Il peut s'agir soit de personnes entrées illégalement sur le territoire belge, soit de demandeurs d'asile déboutés, soit de personnes dont le statut de séjour a expiré, soit encore de personnes qui sont nées de parents en situation irrégulière (Roberfroid et al., 2015). Ce terme recouvre donc un large éventail de situations. Dans ce travail, nous regrouperons ces différentes réalités sous l'appellation des « migrants irréguliers ».

1.2.5. Droits des personnes en séjour irrégulier

« J'ai le sentiment d'être dans une prison géante.
De ne pas pouvoir me mouvoir complètement.
Le jour où tu auras les papiers, tu seras libre.
Là, ma vie est en pause. On prend des jours, des années de ma vie sur cette Terre. »
- Participant camerounais en situation irrégulière.

Les personnes en situation irrégulière disposent de peu de droits légaux en Belgique. Par conséquent, ils n'ont pas le droit de travailler légalement, n'ont pas accès à l'aide sociale et ne sont pas affiliés à une mutuelle (Ligue des droits de l'Homme, 2016).

En revanche, ils ont le droit d'accès à l'aide médicale urgente (AMU), dispensée par le CPAS (Roberfroid et al., 2015). De plus, ils ont également le droit d'intenter une action en justice et le droit au mariage (Roberfroid et al., 2015). Par ailleurs, la location d'un logement privé est également possible pour une personne sans titre de séjour (Ligue des droits de l'Homme, 2016). Enfin, les mineurs en situation irrégulière se voient accorder le droit d'aller à l'école, via l'obligation scolaire (Roberfroid et al., 2015).

Cependant, dans la pratique, ces droits sont loin d'être tous respectés ou accessibles. Les migrants irréguliers sont une population particulièrement vulnérable aux risques d'extorsion et au trafic d'êtres humains (Ligue des droits de l'Homme, 2016). Ainsi, de nombreux propriétaires de logement profitent de la situation précaire de leurs locataires pour leur faire payer des loyers excessifs ou les loger dans des conditions insalubres. De plus, une domiciliation à la commune peut comporter des risques pour la personne en situation irrégulière, tout comme le dépôt d'une plainte à la police lorsque la personne est victime ou témoin, ce qui l'expose alors au danger d'être arrêtée pour séjour illégal et placée en centre fermé, puis expulsée (Ligue des droits de l'Homme, 2016).

Le travail clandestin, bien qu'illégal, reste lié à une série de droits minimaux, tels que le salaire minimum et des conditions de travail décentes (Ligue des droits de l'Homme, 2016). Néanmoins, dans les faits, le travail non déclaré, particulièrement répandu parmi la population irrégulière, expose l'individu à de nombreux risques, abus et dérives.

Les procédures administratives complexes, confuses et coûteuses en temps et en argent pour ces personnes exclues du système belge sont régulièrement pointées du doigt. Certains auteurs ont d'ailleurs qualifié les procédures d'accès aux soins de santé pour les migrants irréguliers comme étant parmi les plus complexes d'Europe (Roberfroid et al., 2015).

2. Parcours migratoire

La trajectoire migratoire peut être divisée en trois composantes : la pré-migration, la péri-migration et la post-migration. Chaque étape est associée à des risques et à des expositions spécifiques, pouvant différer dans leur intensité et leur durée (Orley, 1994). Ainsi, la prévalence de troubles en santé mentale est influencée par la nature de l'expérience migratoire en termes d'adversité vécue avant le départ, pendant le déplacement, et après la réinstallation (Sinnerbrink et al., 1997). Ces trois dimensions doivent être considérées avec une égale importance afin d'obtenir une compréhension holistique du vécu migratoire et de mieux appréhender les interactions entre ces différents facteurs contextuels (Porter & Haslam, 2005).

Pourtant, ces dernières décennies, la recherche sur les prédicteurs de la santé mentale des populations migrantes s'est principalement concentrée sur l'impact négatif des facteurs antérieurs à la migration, tels que l'exposition à des événements traumatiques dans le pays d'origine (Sinnerbrink et al., 1997). La littérature scientifique a ainsi démontré à de maintes reprises que les difficultés vécues à la fois dans le pays d'origine et sur la route migratoire, sont prédictives de problèmes en santé mentale (Knefel et al., 2020 ; Steel et al., 2017). En effet, de nombreuses études indiquent non seulement que les réfugiés sont généralement exposés à un grand nombre d'expériences traumatisantes, mais aussi que ces expériences sont souvent répétées et prolongées (Li et al, 2016 ; Wu et al, 2021).

Après l'avoir laissé de côté durant de nombreuses années, la littérature récente tend à s'intéresser à l'impact du vécu post-migratoire sur la santé mentale des populations migrantes, et à investiguer les obstacles rencontrés par celles-ci au sein de la société d'accueil. Ainsi, des recherches innovantes ont permis de mettre en évidence un lien prédictif entre les difficultés de vie post-migratoires et la détresse psychologique des populations migrantes (Alemi et al., 2016 ; Aragona et al., 2020 ; Gleeson et al., 2020). Cependant, face à ces avancées, le constat est fait que le parcours post-migratoire reste encore trop peu investigué dans la recherche actuelle, et n'est pas suffisamment pris en compte dans les protocoles de traitement, les psychothérapies et les recherches empiriques (Knefel et al., 2020). Or, certains auteurs ont avancé que les difficultés post-migratoires rencontrées dans le pays d'accueil pouvaient, par leur effet continu et cumulatif, avoir un effet plus sévère sur la santé mentale que les adversités rencontrées avant la migration (Carswell et al., 2011 ; Laban et al., 2008), et ce même longtemps après la réinstallation (Siriwardhana & Stewart, 2013).

Ce chapitre est dédié à apporter une meilleure compréhension des difficultés vécues par les personnes en situation régulière et irrégulière durant ces trois étapes clés : le parcours prémigratoire, le parcours péri-migratoire et le parcours post-migratoire, avec une attention particulière portée à cette troisième étape, qui fera l'objet de notre étude.

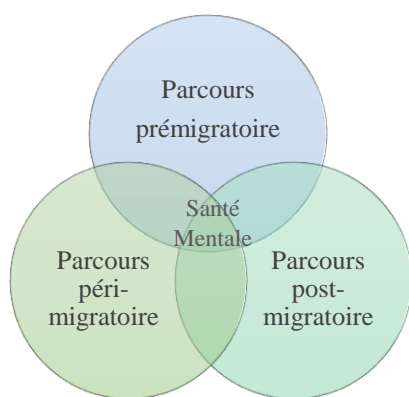


Figure 1 : Interaction des effets du parcours prémigratoire, péri-migratoire et post-migratoire sur la santé mentale des populations migrantes

2.1. Parcours prémigratoire

*“No one leaves home unless
home is the mouth of a shark
you only run for the border
when you see the whole city running as well”
Home – Warsan Shire (version entière en Annexe 1)*

Le parcours prémigratoire se réfère ici aux expériences vécues dans le pays d’origine et précédant le départ des populations migrantes. Dans la phase de pré-migration, les individus peuvent avoir été exposés à des événements stressants, voire traumatisants, de nature, d’intensité et de durée variables (Wu et al., 2021). Les événements vécus avant la migration peuvent inclure l'exposition à la guerre, la persécution ethnique, politique ou religieuse, la famine, la sécheresse, la torture, les violences liées au genre, les menaces de mort, la pollution, la détention, les catastrophes naturelles, ou encore les difficultés économiques, et reflètent précisément les raisons pour lesquelles les populations déplacées ont décidé de quitter leur foyer (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019 ; Giacco et al., 2018).

Les migrants peuvent être exposés à la guerre directement ou indirectement, en étant témoins de la destruction et de la mort, ou en prenant part personnellement aux combats (Giacco et al., 2018). Ils peuvent également avoir connu des niveaux extrêmes de précarité et de difficultés économiques, caractérisés par un manque de nourriture, d'eau, d'abri et d'autres ressources de base nécessaires à la survie (Giacco et al., 2018).

La persécution pour des raisons politiques, ethniques ou religieuses peut impliquer l'emprisonnement, la torture, les violations des droits humains ou la mort de membres de sa famille (Giacco et al., 2018). Le fait d'être exposé à la torture semble être un facteur de risque particulièrement influent pour le développement d'un trouble psychologique (Silove et al., 2006 ; Zimbrea et al., 2014), tout comme la perte d'un proche. Par ailleurs, les problèmes de santé mentale tendent à persister longtemps après la réinstallation pour les victimes de torture (Johnson & Thompson, 2008).

Enfin, en ce qui concerne les migrations économiques, le sentiment d'échec dans son pays d'origine et l'incapacité d'y construire des fondations stables pour soi et ses proches peuvent également avoir un impact émotionnel non négligeable (Sullivan & Rehm, 2005).

Par ailleurs, il est important de préciser que ces causes ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, les raisons relatives à la migration sont souvent variées, et il n'est pas pertinent d'identifier une causalité unique, là où une perspective multi-causale semble être en jeu. Aussi, les traumatismes associés aux conflits de masse sont multiples et véhiculent des significations complexes pour le survivant et sa communauté (Silove, 2013). Ainsi, Murphy (1977) souligne l'importance de ne pas se limiter à une compréhension de la causalité, mais de considérer l'interaction des différents facteurs contextuels impactant la santé mentale.

Bien que les expériences prémigratoires rapportées par les populations migrantes soient similaires dans la plupart des études, leur proportion et leur fréquence tendent à varier selon les échantillons et les auteurs (Gleeson et al., 2020). Tinghög et al. (2017) identifient la guerre (85 %) et l'exposition à des situations potentiellement mortelles (79 %) comme étant les traumatismes prémigratoires les plus courants pour leur échantillon de réfugiés syriens réinstallés en Suède. Suivis de près par la séparation forcée de sa famille (68 %) et la perte d'un proche (64 %). Ils ont également constaté que 63 % de l'échantillon avaient été témoins de violence, 33 % avaient été victimes d'agression, 31 % avaient subi des tortures, tandis que 7 % avaient survécu à une agression sexuelle. En comparaison, Teodorescu et al. (2012) ont rapporté des agressions physiques pour 87 % de leur échantillon de réfugiés réinstallés en Norvège, ainsi que 78 % d'agressions armées. L'exposition à la guerre était mentionnée par 76 % des participants, tandis que la captivité avait été déclarée dans 56 % des cas.

Selon Steel et al. (2017), la privation matérielle a été endurée par 68 % de leur échantillon provenant d'Afrique subsaharienne. 65 % ont connu la mort ou la disparition d'un membre de leur famille, et 60 % l'enfermement. Enfin, 54 % ont déclaré avoir été exposés à la guerre, 38 % ont subi des blessures corporelles et 21 % ont été forcés à infliger des dommages à autrui.

Steel et al. (2017) rapportent que la fréquence des expériences traumatiques diffère selon le sexe, les hommes vivant davantage d'événements traumatiques comparés aux femmes, ce qui a également été confirmé par Nickerson et al. (2019). Des études antérieures ont pourtant fait état de l'inverse, en déclarant que les femmes étaient plus exposées aux traumatismes et à l'exploitation dans les situations de conflit et lors du trajet migratoire (Betancourt et al, 2013).

Certains auteurs avancent que les personnes ayant un statut de séjour précaire auraient davantage été exposées à des événements traumatiques dans leur pays d'origine (Nickerson et al., 2019). En effet, Nickerson et al. (2019) déclarent que l'exposition à la torture est quatre fois supérieure pour ce groupe, et que l'exposition aux abus sexuels est plus de trois fois supérieure, comparativement aux sujets ayant un statut de séjour stable. En revanche, selon une autre étude australienne, l'exposition à des événements traumatiques lors du parcours prémigratoire serait équivalente entre les personnes détenant un statut permanent et stable et les personnes ayant un statut temporaire et instable (Momartin et al., 2006).

2.2. Parcours péri-migratoire

*“You have to understand,
that no one puts their children in a boat
unless the water is safer than the land”
Home – Warsan Shire (version entière en Annexe 1)*

Cette partie se consacrera au parcours péri-migratoire, qui se réfère spécifiquement aux expériences vécues sur la route migratoire, menant du pays d’origine vers le pays d’accueil. Dans la phase de péri-migration, qui commence par la fuite du foyer et se termine par l’arrivée dans un nouveau pays, de nombreuses personnes font l’expérience de la perte de leurs biens, de la famine, de la dangerosité des routes migratoires, de la séparation forcée avec leur famille et leurs amis, et de devoir abandonner en route des proches décédés (Orley, 1994). Cette expérience de la migration peut inclure le manque de nourriture ou d’eau, l’inaccessibilité à un abri adéquat, ou encore le séjour dans des camps de réfugiés surpeuplés ou dans des centres de détention (Finklestein & Solomon, 2009 ; Ichikawa et al., 2006).

Par ailleurs, les migrants représentent une population vulnérable, souvent victime d’agressions physiques, de violences sexuelles, de maladies infectieuses, d’extorsion et de réseaux de traite des êtres humains, en particulier les femmes et les enfants (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019 ; Giacco et al., 2018). De plus, outre les événements expérimentés directement par l’individu, celui-ci est également susceptible d’assister au meurtre, à la noyade, ou d’être témoin du suicide d’autrui (Tay et al., 2019).

Au cours de leur voyage, de nombreux réfugiés ont cheminé dans des bateaux peu sûrs et des véhicules clos, et ont dû emprunter des routes terrestres dangereuses (Giacco et al., 2018). Certains auteurs ont révélé une exposition plus élevée aux traumatismes chez les personnes ayant un statut de séjour précaire, en partie en raison de leur mode de transport, le bateau ayant été utilisé par la plupart (Nickerson et al., 2019), tandis que celui-ci aurait été moins emprunté par les personnes ayant un statut stable. L’OIM (2022) rapporte que, depuis 2014, plus de 6 000 personnes ont perdu la vie sur les routes migratoires d’Amérique. Ce chiffre dépasse les 24 000 décès en ce qui concerne la Méditerranée, faisant de celle-ci la route migratoire la plus meurtrière à travers le monde (OIM, 2022). Ces dernières années, la dangerosité du passage illégal de frontières s’est considérablement renforcée, en raison des politiques d’immigration restrictives explicitées précédemment. De nombreuses frontières sont ainsi équipées d’hélicoptères, d’aéroglosses, de détecteurs de mouvements, de chiens traqueurs et de caméras infrarouges (Sullivan & Rehm, 2005). De plus, certaines traversées peuvent également se révéler être très coûteuses, les migrants les plus pauvres étant alors contraints de se soumettre à des pratiques de traite des êtres humains pour assurer ces coûts financiers importants. La traversée de frontières peut donc s’avérer être une épreuve particulièrement éprouvante, physiquement et mentalement (Sullivan & Rehm, 2005).

Enfin, le déplacement en lui-même est un facteur de risque pour la santé mentale (Giacco et al., 2018). Le fait de migrer, obligeant à des renoncements douloureux, entraîne à lui seul une vulnérabilité (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019). Pour certains, le parcours péri-migratoire pourra durer plusieurs mois, voire plusieurs années, avec quelques avancées suivies de nombreux retours en arrière, de traversées infructueuses, de phases d'incarcération ou de prostitution (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019). Ainsi, le contexte migratoire actuel favoriserait l'apparition de ce que Achotegui (2004) a nommé le « syndrome d'Ulysse » ou « deuil migratoire », qui se caractérise par un état de stress aigu affectant spécifiquement les personnes initiant un processus migratoire, marqué par un état particulier de deuil lié au départ du pays d'origine vers des horizons incertains (Temores-Alcántara et al., 2015).

2.3. Parcours post-migratoire

Cette troisième et dernière étape de la migration se réfère au parcours post-migratoire des populations migrantes, encore peu investigué dans la recherche scientifique. Or, certains auteurs avancent que les difficultés post-migratoires contribueraient davantage aux problèmes de santé mentale développés par les populations migrantes que les expériences antérieures à l'exil (Carswell et al., 2011 ; Li et al., 2016 ; Zimbrea et al., 2014). Nous tenterons donc un relevé, non exhaustif, des événements de vie caractérisant l'installation des personnes déplacées dans leur nouveau pays d'accueil. Nous y distinguerons plus précisément les différentes trajectoires prises selon le statut obtenu, menant d'une part à la reconnaissance, d'autre part à l'irrégularité. Nous verrons aussi que l'arrivée dans un nouveau pays d'accueil est une source importante de détresse, y compris dans les cas de migration non forcée, par exemple pour les personnes migrant pour des raisons économiques (Mazzetti, 2008).

Dans la phase post-migratoire, les personnes déplacées font état de difficultés liées à une grande variété de domaines, notamment en lien avec l'emploi, le logement, la famille, la perte du statut social, la solitude, les difficultés financières, la procédure d'asile, les barrières linguistiques, l'intégration, le statut de séjour, les enjeux d'acculturation et les soins de santé (Gleeson et al., 2020 ; Jannesari et al., 2020). Par ailleurs, il s'agit également du moment où le sujet qui a tout laissé derrière lui réalise l'ampleur de ce qu'il a perdu et son manque de contrôle sur son avenir (Abbott, 2016). Les espoirs initiaux de paix et de sécurité s'évanouissent pour laisser place à la désillusion. Les personnes déplacées prennent conscience que la vie est difficile au sein de cette nouvelle société, en particulier pour ceux dont l'apparence se distingue de la population d'accueil, par exemple en raison de leur accent ou de la couleur de leur peau (Finklestein & Solomon, 2009).

Globalement, les difficultés post-migratoires sont relativement similaires parmi la majorité des populations migrantes étudiées, quels que soient leur nationalité ou leur pays

d'accueil, comme cela a pu être observé auprès de populations d'Afghans relocalisées en Turquie (Alemi et al., 2016), de populations tamouls relocalisées en Australie (Silove et al., 1998), de populations irakiennes relocalisées aux Pays-Bas (Laban et al., 2008), ou encore de populations mexicaines relocalisées aux États-Unis (Garcini et al., 2017).

La suite de ce chapitre se consacrera à décrire plus précisément ces différents facteurs post-migratoires. Pour plus de clarté, ceux-ci seront répartis en trois catégories distinctes : les facteurs de stress liés à l'asile et aux politiques d'immigration, les facteurs de stress sociaux et interpersonnels, et les facteurs de stress socio-économiques. Toutefois, nous verrons à quel point ces difficultés aux effets cumulatifs sont étroitement interconnectées.

2.3.1. Facteurs de stress liés à l'asile et aux politiques d'immigration

2.3.1.1. Procédure d'asile

« Quand j'étais en procédure, je disais que j'étais toujours à la frontière,
je ne suis pas encore arrivée en Belgique.
Tu n'as droit à rien, tu n'as même plus le droit de rêver. »
- Participante sénégalaise en situation régulière.

L'étape de la demande d'asile s'avère en elle-même potentiellement traumatisante, de par sa longueur, ses enjeux, son cadre, la verbalisation des épreuves les plus complexes dans leurs détails les plus intimes, les doutes et la crédibilité mise à l'épreuve, et le possible déni de leur vécu par le pays d'accueil (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019). L'expérience de l'asile est souvent empreinte d'incertitude, d'insécurité et de peur, et implique l'engagement dans des procédures juridiques longues et complexes (Li et al., 2016 ; Posselt et al., 2020). Les sujets qui y sont confrontés font face à des politiques d'asile restrictives et des environnements retraumatisants (Posselt et al., 2020), impliquant l'allongement des délais de traitement, la mise en place de visas temporaires, ou encore de périodes de détention (Li et al., 2016 ; Newnham et al., 2019). Nous passerons donc en revue ci-dessous les différents facteurs de stress associés à la procédure d'asile, notamment les délais de traitement prolongés, les auditions des services d'immigration, la détention, ou encore l'insécurité du statut.

2.3.1.1.1. Délais de traitement prolongés

« Même en prison, les gens savent combien de temps ils vont attendre. Nous, non. »
- Participant sénégalais en situation irrégulière.

Selon la revue systématique de Gleeson et al. (2020), la longueur de la procédure d'asile est l'une des difficultés post-migratoires les plus fréquemment citées. Une étude menée aux Pays-Bas auprès de la population irakienne réinstallée a montré que la durée de la procédure d'asile est le facteur prédictif le plus important d'une qualité de vie plus faible (Laban et al., 2008). Laban et al. (2008) concluent également que les longues procédures d'asile ont un impact négatif non seulement sur la santé mentale, mais également sur l'état physique des

personnes concernées, et interféreraient avec leur processus d'intégration au sein de la société. Ainsi, la recherche suggère que l'état de santé mentale se détériore au fur et à mesure que le processus de demande d'asile s'allonge (Li et al., 2016 ; Newnham et al., 2019), avec le développement de psychopathologies se perpétuant sur le long terme (Laban et al., 2008).

2.3.1.1.2. Auditions des services d'immigration

Les auditions menées dans le cadre de la procédure d'asile sont associées à une détresse psychologique importante (Silove et al., 1998), pouvant mener à une aggravation des symptômes préexistants. En effet, le fait de ne pas être cru et de voir sa souffrance invalidée est susceptible d'entraîner un sentiment d'impuissance et d'humiliation (Schock et al., 2015).

De plus, les instances décisionnelles des services d'immigration ont tendance à appuyer leurs décisions sur base de la cohérence du discours du demandeur (Tay et al., 2013). Or, les effets néfastes d'une symptomatologie traumatique sur le témoignage de ces demandeurs ont été prouvés, tels qu'une altération de la perception spatio-temporelle, une amnésie partielle, des divergences narratives, des difficultés de concentration ou encore une fragmentation des souvenirs (Cohen, 2001 ; Silove et al., 2000 ; Steel et al., 2004). Par conséquent, certains auteurs ont constaté une association entre les individus présentant des symptômes de stress post-traumatique et des décisions défavorables (Cummins, 2012 ; Masinda, 2004), les instances décisionnelles interprétant erronément ces symptômes comme une preuve du manque de crédibilité du demandeur (Eytan et al., 2008 ; Steel et al., 2004).

2.3.1.1.3. Détention

Les environnements de détention dans le cadre des procédures d'immigration ont été signalés comme augmentant les problèmes de santé mentale des personnes incarcérées en raison de leur potentiel de retraumatisation (Giacco et al., 2018). L'adversité vécue lors de la période de détention représenterait l'une des causes de stress les plus graves (Momartin et al., 2006). En effet, les migrants détenus sont exposés à de nombreux risques, tels que l'accès limité aux soins, les agressions physiques, l'automutilation et la discrimination (Nickerson et al., 2019). Par ailleurs, les centres de détention se sont avérés augmenter les expériences d'anxiété, d'humiliation et de honte des sujets détenus (Posselt et al., 2020). En outre, les personnes au statut de séjour précaire sont plus susceptibles d'être placées en détention par les services de l'immigration que les personnes au statut régulier (Nickerson et al., 2019).

2.3.1.1.4. Insécurité du statut

L'issue de la demande d'asile est également susceptible d'affecter la santé mentale des populations migrantes (Hecker et al., 2018 ; Schick et al., 2016). Selon des données récoltées en Australie (Silove et al., 2007), les personnes dont la demande a été rejetée ont conservé une

symptomatologie élevée, là où ceux dont la demande a été acceptée manifestaient une amélioration de leurs symptômes. Par ailleurs, Hocking et al. (2015) ont démontré que plus le nombre de refus de demandes d'asile était élevé, plus la symptomatologie du sujet tendait à s'aggraver, indépendamment des expériences traumatisantes vécues avant la migration.

De plus, les recherches existantes suggèrent que l'attribution de visas temporaires plutôt que de visas de protection permanente, s'appliquant dans certains pays, aurait également un impact négatif à long terme sur la santé mentale, dû à l'incertitude et au désespoir quant à l'avenir (Newnham et al., 2019 ; Posselt et al., 2020). Aussi, il a été prouvé que les titulaires d'un visa de protection temporaire étaient confrontés à de plus grandes difficultés de vie, telles que le chômage, la discrimination et la pauvreté (Newnham et al., 2019). En outre, ils expérimenteraient deux fois plus d'événements traumatiques que leurs homologues ayant un visa permanent (Nickerson et al., 2019). Toutefois, les effets liés à l'insécurité du statut se résorberaient en cas d'obtention d'un visa permanent, suite au visa temporaire (Li et al., 2016).

Enfin, une enquête récente menée par la Croix-Rouge de Belgique (2014) a montré qu'une grande proportion de migrants irréguliers, installés depuis de nombreuses années, sont encore engagés dans des procédures, dans l'espoir de voir leur situation régularisée. Toutefois, le coût financier d'une procédure s'avère exorbitant pour cette population précaire, allant de 181 à 313 € selon le type de séjour demandé (Droits Quotidiens, 2022).

2.3.2. Facteurs de stress sociaux et interpersonnels

2.3.2.1. Situation familiale

« Ma mère est morte en 2021 au pays.
Je n'arrive pas à réaliser sa mort car je n'ai pas vu sa tombe.
Si on m'accordait une semaine, j'irais sur sa tombe.
Mon fils ne va pas connaître son pays. »
- Participante sénégalaise en situation régulière.

En ce qui concerne les difficultés post-migratoires en lien avec la famille, de nombreux auteurs ont rapporté que les inquiétudes au sujet de la famille restée au pays, le manque de sa famille, l'incapacité à rentrer chez soi et la solitude étaient des facteurs hautement susceptibles d'induire l'apparition d'au moins un trouble psychiatrique (Gleeson et al., 2020 ; Schweitzer et al., 2006). Par ailleurs, Hengst et al. (2018) rapportent que les pertes et deuils multiples de membres de la famille sont un facteur prédictif de psychopathologie.

De plus, la séparation familiale, en particulier la séparation avec le conjoint, entraîne des sentiments de culpabilité et d'impuissance, notamment en ce qui concerne l'incapacité à protéger sa famille des difficultés rencontrées dans son pays (Li et al., 2016 ; Tinghög et al., 2017). A contrario, le soutien familial, la réunification familiale et le développement d'un large réseau social sont généralement considérés comme étant des éléments fondamentaux pour l'amélioration de la santé mentale et la diminution de la symptomatologie chez les

personnes migrantes (Gleeson et al., 2020 ; Li et al., 2016). Or, la réunification familiale n'est pas courante et peut s'avérer impossible selon le statut de séjour octroyé. Une étude menée au Brésil a ainsi identifié que seuls 24 % de leur échantillon de migrants haïtiens vivaient avec leur famille (Brunnet et al., 2018).

2.3.2.2. Intégration et réseau social

« Quiconque a le malheur d'immigrer une fois - une seule ! –
restera toujours métèque toute sa vie, et étranger partout,
même dans son pays d'origine. »
- Pan Bouyoucas

Le processus de déracinement et d'adaptation à un nouvel environnement inconnu confronte les populations migrantes à d'importants défis sociaux et interpersonnels (Li et al., 2016). Certains migrants peuvent éprouver des difficultés à établir de nouveaux liens sociaux dans le pays d'accueil et se retrouver par conséquent isolés socialement (Giacco et al., 2018). Une mauvaise intégration sociale et un réseau social faible sont des variables généralement associées au déclin de la santé mentale, à des niveaux élevés de stress post-migratoire et à une symptomatologie exacerbée (Gleeson et al., 2020). Selon Aragona et al. (2013), l'isolement social et le manque perçu de soutien social sont des facteurs clés pour la santé mentale des patients traumatisés, ceux-ci identifiant comme difficultés post-migratoires les plus courantes la solitude et l'ennui. Dans une étude de Teodorescu et al. (2012), plus de 25 % de leur échantillon n'avaient aucun ami dans leur pays d'accueil. De plus, Nickerson et al. (2019) avancent que les personnes ayant un statut de visa précaire sont moins susceptibles d'établir des liens sociaux et sont davantage séparées des membres de leur famille immédiate. Néanmoins, même après l'obtention d'un statut légal, un grand nombre de migrants réguliers continuent à être confrontés à l'exclusion sociale dans le pays d'accueil (Giacco et al., 2018).

Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'intégration sociale des réfugiés ne tend pas à s'améliorer pour les résidents de longue date, même après plus de dix ans de réinstallation dans la société d'accueil (Schick et al., 2016). Ces difficultés d'intégration peuvent en partie être expliquées par la méfiance développée envers les autres, conduisant à un isolement social croissant (Lecerof et al., 2016). Cependant, alors que l'isolement social est lié à une détérioration de la santé mentale, le contact social avec son propre groupe ethnique serait un facteur de protection considérable contre les troubles en santé mentale, en particulier chez les femmes (Gleeson et al., 2020 ; Li et al., 2016 ; Schweitzer et al., 2006).

Enfin, le processus d'acculturation se produisant lors de l'adaptation au nouveau pays d'accueil entraîne son lot de difficultés, telles que le sentiment de « ne pas appartenir à un seul endroit » ou d'être confronté à des changements culturels importants (Brunnet et al., 2018 ; Bustamante et al., 2017). Cela inclut notamment des différences entre la culture d'origine et celle du pays d'accueil en termes de valeurs, de coutumes, d'habitudes

alimentaires, de relations sociales ou de langue (Bustamante et al., 2017). Cette transition, parfois radicale, entre deux cultures, peut induire un stress acculturatif pour ceux qui y sont confrontés, et provoquer des conflits intergénérationnels, des difficultés de communication, une inversion des rôles, une renégociation de l'identité et un conflit de loyauté entre les deux cultures (Bustamante et al., 2017).

2.3.2.3. Marginalisation et stigmatisation

Les populations migrantes font état d'un sentiment de marginalisation dans les pays occidentaux (Sullivan & Rehm, 2005), davantage saillant pour les personnes au statut irrégulier. En effet, celles-ci combineraient, d'une part, un statut ne permettant pas d'intégrer pleinement la société, et d'autre part, leur présence et leur participation indéniables au sein de ce nouveau pays d'accueil. Cette ambiguïté crée le sentiment d'avoir un pied dans la société, et un pied hors de celle-ci. Par ailleurs, l'intégration des personnes en situation irrégulière est également impactée par leurs difficultés à acquérir une stabilité financière et professionnelle (Sullivan & Rehm, 2005). Enfin, certains migrants irréguliers se sentent également exclus de leur propre groupe ethnique, de par leur statut distinctif, entraînant ainsi une perte de l'identité sociale liée à leur communauté d'origine (Li et al., 2016), voire une fracture identitaire (Posselt et al., 2020). L'intégration serait donc facilitée pour les personnes au statut régulier, dont la place dans la société est mieux définie (Steel et al., 2011 ; Sullivan & Rehm, 2005).

Outre la marginalisation, les populations migrantes sont également souvent la cible de phénomènes de stigmatisation. Ici, à nouveau, les personnes au statut irrégulier en sont davantage victimes que les personnes au statut régulier, comme Sullivan & Rehm (2005) ont pu le mettre en avant dans leur revue systématique. Le fait d'être considéré comme "sans-papiers" est communément associé à la discrimination, au rejet et à la honte dans les sociétés occidentales (Lambert & Swerts, 2019). En effet, il est courant d'observer de l'hostilité de la part de la communauté d'accueil envers les migrants irréguliers, servant occasionnellement de boucs émissaires pour les difficultés budgétaires du pays (Sullivan & Rehm, 2005). Il semblerait cependant que l'expérience de la discrimination varie selon le contexte d'accueil, la nationalité et l'origine ethnique des populations migrantes (Jannesari et al., 2020). De plus, le discours hostile des médias et des politiques joue également un rôle important dans la stigmatisation de ce groupe et participe à induire une opinion publique défavorable, impactant le quotidien des personnes au statut irrégulier (Sullivan & Rehm, 2005). En conséquence, les personnes concernées sont à risque de souffrir d'une faible estime de soi, de sentiments de culpabilité, de peur et d'insécurité. L'appartenance à un groupe politiquement controversé et le fait d'être l'objet de blâme par la société d'accueil peuvent entraîner le besoin de se cacher ou la tentative de se faire passer pour des personnes documentées (Sullivan & Rehm, 2005).

2.3.2.4. Difficultés linguistiques et communication

« Le français m'a sauvée. »

- Participante sénégalaise en situation régulière.

Les problèmes de communication auraient un double impact sur la santé mentale. D'une part, la méconnaissance de la langue du pays d'accueil influencerait sur la qualité de l'adaptation à ce nouvel environnement. D'autre part, la barrière de la langue pourrait être à l'origine d'un sous-diagnostic des troubles psychiatriques, ainsi que d'un mauvais accès aux soins (Trilesnik et al., 2019 ; Zimborean et al., 2014). Par ailleurs, de faibles compétences linguistiques restreindraient l'accès au travail et aux possibilités d'éducation (Bustamante et al., 2017).

Il est intéressant de noter que la maîtrise de la langue ne diffère pas selon la durée du séjour (Laban et al., 2006). Ainsi, selon Laban et al. (2006), les niveaux d'acquisition de la langue du pays d'accueil restent relativement faibles, indépendamment du temps passé dans la société d'accueil. Il faut souligner que l'apprentissage d'une nouvelle langue exige non seulement une grande motivation, mais également un niveau de fonctionnement élevé, or les problèmes de santé mentale et les préoccupations quotidiennes des populations migrantes peuvent nuire à leurs tentatives de maîtriser la langue du pays d'accueil (Hecker et al., 2018).

La maîtrise de la langue selon le statut de séjour reste une question controversée dans le champ de la recherche. Certaines études affirment que les réfugiés rapportent une meilleure capacité à communiquer dans la langue de leur pays d'accueil (Teodorescu et al., 2012), tandis que d'autres auteurs contestent ces résultats (Schick et al., 2016), en mettant en évidence des taux de maîtrise très faibles. En parallèle, d'autres recherches ont quant à elles souligné une association entre les visas temporaires et les difficultés d'acquisition de nouvelles compétences linguistiques (Newnham et al., 2019). Par ailleurs, là où certains auteurs mettent en avant les bénéfices de l'acquisition du langage (Toar et al., 2009), d'autres auteurs émettent des avis plus nuancés, avançant que des compétences linguistiques supérieures induiraient des attentes élevées, non rencontrées suite à la réinstallation (Chu et al., 2013).

2.3.3. Facteurs de stress socio-économiques

2.3.3.1. Emploi

« J'ai envie de contribuer, de participer comme tout citoyen »

- Participant guinéen en situation irrégulière.

De nombreux auteurs ont reconnu l'emploi comme étant un facteur post-migratoire significatif en lien avec la santé mentale des populations migrantes (Bogic et al., 2012 ; Colic-Peisker, 2009 ; Posselt et al., 2020 ; Schweitzer et al., 2006). En effet, les personnes migrantes sont confrontées à de multiples obstacles à l'emploi dans leur pays de réinstallation, notamment des restrictions en matière de permis, la discrimination à l'emploi, la non reconnaissance de leurs qualifications, les barrières linguistiques, ou encore des contraintes

physiques ou psychologiques (Li et al., 2016). Dans une étude sur les facteurs de stress post-migratoires, Bruhn et al. (2018) ont constaté que les difficultés financières liées au travail étaient le facteur le plus fréquent interférant avec le traitement des troubles en santé mentale.

À nouveau, les migrants irréguliers sont davantage exclus du monde du travail et semblent plus vulnérables face aux risques liés à l'exploitation au travail (Heeren et al., 2014). De par leur statut, ils sont plus susceptibles d'avoir à faire à des employeurs sans scrupules, d'obtenir un salaire dérisoire et d'être exposés à des conditions de sécurité inadéquates, sans avoir la possibilité de dénoncer ces dérives (Sullivan & Rehm, 2005). Aussi, les recherches suggèrent que les groupes ayant des perspectives d'emploi limitées, avec un accès restreint aux activités professionnelles, tels que les migrants irréguliers, ont une santé mentale moins bonne que ceux ayant accès à plus d'opportunités économiques (Porter & Haslam, 2005).

Par ailleurs, les difficultés économiques semblent d'autant plus problématiques lorsqu'elles se traduisent par une perte de statut et un niveau de vie inférieur dans le pays d'accueil par rapport au pays d'origine (Porter & Haslam, 2005). Ainsi, les qualifications acquises dans le pays d'origine ne sont pas toujours reconnues dans le pays de réinstallation, et les procédures d'équivalence de diplômes peuvent s'avérer longues et infructueuses (Krahn et al., 2000). Par conséquent, les réfugiés occupent régulièrement des postes inférieurs à leur niveau de qualification et à leurs compétences (Krahn et al., 2000).

Enfin, Steel et al. (2017) ont souligné l'importance du statut professionnel pour favoriser l'intégration des personnes migrantes dans la société d'accueil. L'inaccessibilité à l'emploi aurait donc non seulement un impact sur la santé mentale, mais aussi plus généralement sur la place occupée au sein de la communauté (Giacco et al., 2018). Ainsi, une étude de Hocking et al. (2015) a pu démontrer les avantages pour la santé mentale de permettre aux populations migrantes de travailler pendant le traitement de leur demande, avant l'obtention de leur statut.

2.3.3.2. Logement

Les difficultés financières et la limitation des ressources dans le pays d'accueil impliquent que de nombreuses personnes réinstallées ont un accès limité aux possibilités de logement (Li et al., 2016). Il a été démontré que les difficultés liées à l'hébergement dans le pays d'accueil étaient susceptibles d'augmenter le risque de détresse psychologique (Fennelly, 2004). Ce risque serait particulièrement observé en cas de forte mobilité résidentielle, les changements fréquents de résidence étant considérés comme des stressors conséquents (Warfa et al., 2006).

Par ailleurs, le type de logement aurait également une influence, les logements privés et permanents étant liés à une meilleure santé mentale que les logements institutionnels et temporaires (Porter & Haslam, 2005). Il en est de même en ce qui concerne la sécurité du quartier, les zones résidentielles peu sûres étant liées à des inquiétudes accrues pour sa propre

sécurité physique (Porter & Haslam, 2005). Ainsi, les logements précaires peuvent induire une série de conséquences sociales et culturelles négatives, telles que le manque de sécurité et la rupture des liens communautaires (Fennelly, 2004 ; Li et al., 2016).

Enfin, les populations migrantes sont également sensibles à la discrimination en matière de logement, soit parce qu'ils ne connaissent pas leurs droits, soit parce qu'ils n'ont pas la possibilité de signaler leurs conditions de logement inférieures aux normes (Fennelly, 2004).

2.3.3.3. Accès aux soins de santé

Malgré le fait que les populations migrantes, en raison de divers facteurs de risque, représentent une population vulnérable au niveau médical et psychologique, plusieurs barrières structurelles et sociales dans les pays d'accueil empêchent cette population de recevoir des soins de santé mentale et physique adéquats (Trilesnik et al., 2019). Le manque de services spécialisés et d'interprétariat, la stigmatisation, la peur de la divulgation, l'analphabétisme, le manque d'information et les problèmes d'accès constituent des obstacles majeurs empêchant les migrants de bénéficier des soins de santé dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit (Giacco et al., 2018 ; Walker et al., 2021). Aussi, la méconnaissance de leurs droits légaux en matière d'accès aux soins et des services mis à leur disposition peut empêcher ou retarder l'orientation des sujets vers des soins adaptés (Giacco et al., 2018).

D'une part, les personnes déplacées rapportent un manque de repères au sein d'un système de soins de santé étranger et complexe (Giacco et al., 2018). Cette complexité se voit d'autant plus renforcée dans le cas des migrants irréguliers, pour lesquels les procédures d'accès aux soins s'avèrent lentes, coûteuses, et parfois inaccessibles (Roberfroid et al., 2015). D'autre part, les barrières linguistiques représentent un obstacle à l'accès au système de soins de santé. Il s'agit en effet d'une source potentielle de mauvaise communication, entraînant un risque d'évaluation clinique inadéquate (Trilesnik et al., 2019).

De par leur méfiance envers les services publics, caractérisée par la crainte d'être dénoncés aux autorités, les migrants irréguliers peuvent éprouver des difficultés à s'engager dans un système de soins peu familier et à partager des informations sensibles sur leur histoire, leur situation de vie actuelle et leurs problèmes de santé (Giacco et al., 2018).

De plus, le contexte culturel d'un individu peut affecter le développement et la nature de ses symptômes, sa conception des troubles mentaux, ainsi que ses croyances en matière de traitement (Trilesnik et al., 2019). Ainsi, les symptômes développés par les migrants cadrent parfois mal avec les modèles issus des pays occidentaux, et peuvent conduire à des diagnostics erronés (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019). Par conséquent, le manque de compétence interculturelle des prestataires de soins constitue un obstacle à des prises en charges médicales et psychologiques adéquates (Trilesnik et al., 2019).

2.3.4. Comparaison des difficultés post-migratoires des migrants réguliers et irréguliers

« Après les papiers, la souffrance continue. Rien ne marche.
Depuis 5 ans que je suis en Belgique, je n'ai jamais été en paix.
C'est l'Enfer. C'est comme être en prison. »
- Participante mauritanienne en situation régulière.

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que les difficultés post-migratoires sont généralement plus nombreuses et plus fréquentes chez les migrants au statut précaire, que chez leurs homologues au statut permanent (Momartin et al., 2006 ; Nickerson et al., 2019 ; Steel et al., 2006). Outre ces différences quantitatives, différents auteurs permettent également d'identifier des différences qualitatives dans le vécu post-migratoire des deux groupes (Nickerson et al., 2019). Ainsi, malgré quelques similitudes, la recherche permet de distinguer les difficultés rencontrées par les migrants réguliers et irréguliers.

D'une part, en ce qui concerne les personnes en situation régulière, une fois les procédures achevées et le statut obtenu, la réinstallation est généralement porteuse d'espoir, ce qui peut avoir un effet positif initial sur la santé mentale. La désillusion peut alors survenir lorsque les réfugiés se heurtent à des obstacles pour progresser dans leur nouveau pays, engendrés par les politiques d'exclusion, le racisme, ou encore la discrimination (Nickerson et al., 2019). Une étude menée au Royaume-Uni montre que les demandeurs d'asile obtenant leur autorisation de séjour sont amenés à réaliser une transition rapide et une sortie précipitée du système de l'accueil (Walker et al., 2021). Cette période de transition expose ces nouveaux migrants réguliers à de nombreux risques, tels que le sans-abrisme, l'absence de ressources financières et des périodes de dénuement (Walker et al., 2021). Ainsi, les réfugiés nouvellement reconnus se heurtent à de nouveaux défis, avec le retrait rapide des aides qui leurs étaient accordées, et sont amenés à faire appel à la générosité de leur réseau amical et familial ou des associations caritatives pour subvenir à leurs besoins (Walker et al., 2021).

D'autre part, les personnes en situation irrégulière semblent plus largement impactées par l'exploitation, un statut professionnel incertain, un réseau social et familial plus restreint, un accès limité à l'information, l'absence de protection juridique, des ressources financières limitées, l'absence de sécurité sociale, l'accès restreint aux soins médicaux et dentaires, et davantage de difficultés pour se loger (Croix-Rouge de Belgique, 2014 ; Garcini et al., 2017 ; Sullivan & Rehm, 2005). Ils seraient également plus exposés à la violence physique, verbale et psychologique (Steel et al., 2006). Une étude récente menée en Belgique et aux Pays-Bas (Keygnaert et al., 2012) a quant à elle identifié des taux particulièrement élevés de violences sexuelles et basées sur le genre envers les femmes en situation irrégulière. Selon d'autres auteurs (Momartin et al., 2006 ; Silove et al., 1997), s'ajoutent à ces difficultés d'autres obstacles fréquemment identifiés par les personnes au statut irrégulier, tels que les retards dans le traitement des procédures, l'inquiétude concernant la famille dans le pays d'origine et

l'impossibilité de rentrer chez soi en cas d'urgence. Ces mêmes auteurs mettent en exergue le sentiment d'insécurité et la peur constante du rapatriement comme facteurs particulièrement saillants pour cette population précaire (Schock et al., 2015 ; Silove et al., 1997). Cependant, malgré leur profil unique et l'ensemble des facteurs de stress les impactant, les difficultés post-migratoires des migrants irréguliers sont rarement identifiées dans la littérature.

3. Santé mentale et migration

« Les troubles de l'exil s'enclenchent lorsque les migrants ne peuvent s'enraciner nulle part, ni repartir, ni rester, confinés dans des marges violentes où les conditions d'existence sont indignes, où la course à la survie arrête le temps ».
- Declercq & Jamoulle (2016, p.134)

La littérature scientifique a depuis longtemps fait le constat que les populations migrantes, tous statuts confondus, sont particulièrement vulnérables au développement de troubles de santé mentale (Cleary et al., 2018 ; Gerritsen et al., 2006 ; Knefel et al., 2020). Baubet et Saglio-Yatzimirsky (2019) postulent qu'une personne primo-arrivante sur cinq souffrirait d'un trouble psychique. Les plus fréquemment diagnostiqués seraient le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les troubles dépressifs et enfin les troubles anxieux (Brunnet et al., 2018 ; Silove et al., 1997). Selon certains auteurs (Aragona et al., 2011 ; Bourque et al., 2011 ; Lolk et al., 2016), les personnes déplacées seraient également davantage susceptibles de manifester d'autres formes plus rares de psychopathologies telles que les troubles psychotiques, la somatisation, ou encore les troubles liés à l'usage de substances, par rapport à la population tout-venant du pays d'accueil dans lequel elles sont réinstallées. Enfin, un nombre restreint de chercheurs se sont penchés sur la question de la vision du monde (Ter Heide et al., 2017), modifiée suite à un événement traumatique, et des capacités de résilience développées par les populations migrantes (Siriwardhana & Stewart, 2013).

Une revue systématique récente (Giacco et al., 2018) montre que ce risque élevé de problèmes en santé mentale tend à persister dans le temps, même plusieurs années après la réinstallation. Néanmoins, les études longitudinales investiguant l'évolution de la santé mentale des migrants après leur réinstallation ne font pas consensus. Certaines d'entre elles identifiant une amélioration de la santé mentale au fil du temps (Nickerson et al., 2011), d'autres constatant une détérioration avec l'augmentation de la symptomatologie (Laban et al., 2004), et d'autres encore ne montrant aucun changement, avec une stabilisation et un maintien des troubles (Lies et al., 2020). Ces résultats contradictoires peuvent refléter des expériences différentes dans le pays d'origine ou d'accueil, ainsi que des caractéristiques distinctes propres aux individus (Lies et al., 2020). Néanmoins, ces conclusions peuvent être nuancées grâce à l'essor des recherches se consacrant à cette thématique, et peuvent notamment fournir des données contrastées selon le statut d'asile du groupe concerné.

Il a notamment été reconnu, dans une étude menée en Australie (Momartin et al., 2006), que la santé mentale des détenteurs d'un statut temporaire différait considérablement de celle des titulaires d'un statut permanent. En effet, les premiers dépassaient les seconds sur toutes les mesures de troubles psychiatriques étudiés dans cette recherche. Or, la nationalité des deux groupes ne différait pas, et ils avaient tous deux connus des niveaux de traumatisme similaires par le passé (Momartin et al., 2006). Ces résultats attestent donc de l'importance du statut et des difficultés post-migratoires relatives au pays d'accueil sur la santé mentale.

Par ailleurs, le changement de statut de visa a également un impact sur l'évolution de la symptomatologie des personnes déplacées (Nickerson et al., 2011). L'étude de Nickerson et al. (2011) menée en Australie avec des réfugiés Mandéens a ainsi démontré qu'une conversion du statut de temporaire à permanent était associée à des améliorations significatives de la santé mentale, médiées par la réduction des difficultés de vie quotidiennes (Nickerson et al., 2011). Ainsi, lorsque l'incertitude prolongée liée au statut est levée, la santé mentale tend à s'améliorer (Aragona, 2020). Silove et al. (2007) avaient préalablement publié des résultats concordants, montrant une réduction des troubles chez les réfugiés auxquels un statut de protection avait été accordé, et un maintien de la symptomatologie pour ceux dont la demande avait été rejetée.

Nous constaterons néanmoins, au travers de ce bref relevé de la littérature actuelle en termes de santé mentale des populations migrantes, qu'il existe une variabilité importante des taux de prévalence de troubles mentaux dans les différents groupes étudiés. Cette variabilité peut témoigner soit de la diversité des méthodes et des outils de mesure appliqués, soit de variations effectives entre les échantillons (Giacco et al., 2018), différant largement de par leur nationalité, leur statut de séjour, ou encore un contexte d'accueil plus ou moins favorable. Aussi, il est important de souligner que la plupart des études présentées portent sur les personnes réfugiées, cette population étant plus représentée dans la littérature scientifique que d'autres groupes tels que les demandeurs d'asile, les apatrides ou les migrants irréguliers (Giacco et al., 2018). Cette sous-représentation, due à des raisons pratiques et légales, ne permet donc pas de se faire une idée concrète de l'état de santé mentale de ces groupes, ni de la prévalence de certains troubles chez ces populations spécifiques.

Dans la suite de ce chapitre, nous tenterons un relevé plus détaillé des troubles en santé mentale les plus communs parmi les populations migrantes, nommément le trouble de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression. Une attention particulière sera donnée afin d'établir des associations entre ces troubles et les difficultés post-migratoires rencontrées dans le pays d'accueil. Nous discuterons ensuite rapidement d'autres psychopathologies parfois observées dans ces groupes, telles que la psychose, la somatisation et la consommation de substances. Enfin, nous aborderons la vision du monde et les croyances fondamentales

bouleversées parmi des populations déplacées, et nous concluons ce chapitre par une analyse des facteurs de résilience des populations migrantes.

3.1 Traumatisme psychique

*“We’re always in fight or flight mode.
We never really get a moment to just breathe.”
- Josue De Luna Navarro*

3.1.1. Définition et prévalence du trouble de stress post-traumatique

Selon le DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se caractérise par l’exposition directe ou indirecte à un événement traumatique, suivie par des symptômes provoquant une souffrance cliniquement significative et altérant considérablement le fonctionnement de la personne, cette perturbation dépassant la durée d’un mois. Parmi les symptômes identifiés chez les personnes atteintes de TSPT, nous retrouvons des symptômes d’intrusion, des symptômes d’évitement, des altérations négatives des cognitions et de l’humeur et des altérations de la vigilance et de la réactivité (APA, 2013).

Par rapport à la population générale, les populations migrantes signalent des taux élevés de TSPT (Nickerson et al., 2018). Selon la méta-analyse de Steel et al. (2009) reprenant 181 études, 35 % des migrants développeraient un trouble de stress post-traumatique. En comparaison, la prévalence de ce trouble dans la population générale occidentale oscillerait entre 1 et 3 % (Giacco et al., 2018). La plupart des revues systématiques et des méta-analyses s’accordent généralement pour dire que les populations migrantes courent un risque jusqu’à dix fois supérieur à celui de la population tout-venant de développer un TSPT (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005 ; Schweitzer et al., 2011), soit un taux de prévalence d’environ 30 %.

Cependant, les études de prévalence menées auprès des populations migrantes ont révélé une grande variabilité des taux de TSPT. Selon la revue de Fazel et al. (2005), la prévalence de TSPT chez les réfugiés serait de 9 %. Le Comité pour la santé des exilés (2018) a établi que le diagnostic de TSPT serait en réalité posé pour 68 % des migrants. Dans l’échantillon de Silove et al. (1997), 37 % des personnes répondaient aux critères diagnostiques du TSPT, tandis que 79 % d’entre eux avaient vécu au moins un événement traumatique. Selon d’autres chercheurs encore, le taux de TSPT atteindrait 47 % (Slewa-Younan et al., 2015). Enfin, les résultats de Teodorescu et al. (2012) indiquaient une prévalence de 82 %. Ainsi, ces résultats ne font pas consensus, les niveaux de prévalence de TSPT de différentes études se situant entre 3 % et 86 % parmi les personnes déplacées (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005). Enfin, il est important de noter que les populations migrantes sont souvent polytraumatisées. Dans leur étude menée auprès de réfugiés somaliens, Bentley et al. (2012) ont pu faire le constat que 30 % de leur échantillon avaient subi au moins 6 catégories de traumatismes, tandis que 17.6 % avaient déclaré avoir vécu 10 catégories de traumatismes ou plus.

3.1.2. Trouble de stress post-traumatique, vécu prémigratoire et post-migratoire

Le lien entre les expériences prémigratoires et le développement d'un TSPT a depuis longtemps été établi, et confirmé par une vaste littérature. Cependant, la littérature récente a pu nuancer ce constat, avec des analyses plus précises de l'implication des événements traumatiques vécus dans le pays d'origine sur le trouble de stress post-traumatique. Une recherche menée en Suède a identifié que les traumatismes antérieurs ne contribuaient en réalité qu'à seulement 22 % de la variance des symptômes de TSPT dans une population du Moyen-Orient récemment réinstallée (Lindencrona et al., 2008). Selon Steel et al. (1999), l'exposition à un traumatisme antérieur à la migration, dans la phase prémigratoire, serait responsable de 33 % de la variance des symptômes de TSPT, dans une population tamoul réinstallée en Australie. En revanche, pour d'autres auteurs, l'exposition à la torture dans le pays d'origine représenterait le facteur prédictif le plus important des symptômes de TSPT chez les réfugiés (Kirmayer et al., 2011). Les taux de prévalence du TSPT chez les réfugiés ayant subi des tortures allant de 18 à 85 % (Johnson & Thompson, 2008).

Ces dernières années, quelques recherches ont quant à elles confirmé l'association entre le psychotraumatisme et les difficultés post-migratoires (Schweitzer et al., 2011 ; Silove et al., 2000). Celles-ci ont permis d'identifier que le stress auquel les populations migrantes sont exposées lors de leur réinstallation peut exacerber le risque de TSPT. Dans une étude de Aragona et al. (2012), il a été démontré que le nombre de difficultés post-migratoires augmenterait significativement la probabilité de souffrir d'un TSPT, indépendamment de l'exposition à des traumatismes antérieurs à la migration. Ainsi, la littérature existante montre que plus les niveaux de difficultés post-migratoires sont élevés, plus le risque de souffrir de symptômes de TSPT est grand (Schweitzer et al., 2011 ; Steel et al., 2017).

Certains auteurs ont tenté de mettre en évidence les difficultés post-migratoires les plus fréquemment associées aux symptômes de TSPT et à leur persistance. Silove et al. (2000) ont démontré dans leur étude l'effet potentiellement retraumatisant de la procédure d'asile. Dans sa revue systématique de la littérature, Patel (2011) a trouvé des preuves que la détention, la durée de la procédure d'asile et le statut légal étaient associés au développement de symptômes de TSPT. En revanche, pour d'autres auteurs (Aragona et al., 2020 ; Aragona et al., 2012), les trois difficultés post-migratoires augmentant significativement la probabilité de souffrir de TSPT seraient : l'incertitude prolongée quant à l'avenir, la solitude et l'ennui, et enfin l'accès limité au travail. En effet, une incertitude prolongée, de l'instabilité, et la difficulté de conceptualiser l'avenir entraînent fatigue, inquiétude et tristesse, avec un risque accru de TSPT (Aragona et al., 2020). Or, il est bien établi qu'un environnement sûr et sécurisé est une condition essentielle à la guérison du TSPT (Silove, 2013), ce qui semble compromis par les refus de protection à répétition essuyés par les migrants irréguliers

(Hocking et al., 2015 ; Mansouri et al., 2006). Par conséquent, cela confirme que l'évolution du TSPT est complexe et ne dépend pas uniquement de la nature des événements déclencheurs, mais également des caractéristiques de l'individu et de la nature de l'environnement de rétablissement (Lies et al., 2020).

3.1.3. Trouble de stress post-traumatique et statut de séjour

En ce qui concerne les différences entre les deux groupes visés par cette étude, les résultats sont à nouveau mitigés, certains auteurs indiquant que les taux de prévalence du TSPT ne diffèrent pas entre les deux groupes (Laban et al., 2008), tandis que d'autres affirment au contraire des niveaux significativement plus élevés de TSPT pour les personnes au statut précaire (Garcini et al., 2017).

Par ailleurs, l'attribution d'un statut de séjour temporaire ne serait pas équivalente au statut de séjour permanent, en termes de santé mentale. Ainsi, une étude menée en Australie sur un échantillon de réfugiés Mandéens a montré que les titulaires d'un visa de protection temporaire présentaient des symptômes traumatiques et dépressifs significativement plus élevés que leurs homologues au statut permanent (Nickerson et al., 2011). Selon une autre étude australienne (Momartin et al., 2006), le statut de séjour temporaire serait le plus grand prédicteur des symptômes de TSPT, justifiant 68 % de leur variance.

Les migrants irréguliers sont par ailleurs confrontés à un « continuum de stress », dans lequel les traumatismes antérieurs se mêlent aux facteurs de stress quotidiens et à l'incertitude quant à l'avenir (Nickerson et al., 2011). Ce climat permanent d'anxiété et de doute pourrait ainsi entraver le rétablissement des effets d'un traumatisme psychologique passé, là où des conditions de sécurité et de prévisibilité faciliteraient la guérison (Rasmussen et al., 2007).

Comme indiqué précédemment, les personnes déplacées présentant des symptômes de stress post-traumatique sont également désavantagées dans la procédure d'asile, et connaissent un taux d'acceptation plus faible que les demandeurs ne présentant pas de tels symptômes (Tay et al., 2013). Selon Hocking et al. (2015), les migrants ayant essuyé au moins un rejet de leur demande d'asile étaient 1.35 fois plus susceptibles de développer un TSPT pour chaque rejet supplémentaire. De plus, une étude canadienne a montré que la prévalence du TSPT diminue à 10 % pour les sujets ayant reçu une décision positive à leur demande d'asile (Davis & Davis, 2006). Inversement, 89 % de ceux ayant reçu une décision négative ont conservé un diagnostic de TSPT (Davis & Davis, 2006). Ces résultats sont corroborés par une étude portant sur les migrants d'origine afghane, iranienne et somalienne réinstallés aux Pays-Bas, ayant identifié une plus grande prévalence de symptômes de TSPT pour les participants n'ayant pas encore obtenu leurs papiers (28.1 %) que pour ceux s'étant vus octroyer le statut de réfugié (10.6 %) (Gerritsen et al., 2006).

3.2 Dépression et anxiété

« Je mange très peu. C'est le stress qui remplit mon estomac. »
- Participante mauritanienne en situation régulière.

3.2.1. Définition et prévalence de la dépression

Selon le DSM-V (APA, 2013), la dépression est un trouble de l'humeur pouvant entraîner un large panel de dysfonctionnements et une souffrance cliniquement significative. Ce trouble se caractérise par une série de symptômes, d'une période minimale de deux semaines, tels que : une humeur triste, de l'anhédonie, un gain ou une perte de poids, de l'insomnie ou de l'hypersomnie, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, de la fatigue, un manque d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, des troubles de la concentration, et des idées suicidaires (APA, 2013).

La revue systématique de Steel (2009) citée précédemment rapporte une prévalence de 14.6 % de dépression parmi les populations migrantes, contre environ 4 % pour la population générale. Selon le Comité pour la santé des exilés (2018), les taux de dépression seraient en réalité de 22 %. Dans la méta-analyse de Fazel et al. (2005), la prévalence de dépression chez les réfugiés résidant dans les pays occidentaux était de 5 %. Enfin, la méta-analyse de 2009 comparant réfugiés et migrants économiques a quant à elle constaté une prévalence de la dépression de 44 % pour les premiers, et de 20 % pour les seconds (Lindert et al., 2009).

À nouveau, la prévalence de la dépression varie beaucoup selon les études, certains auteurs identifiant un large écart allant de 2.3 % à 80 % (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005). Là encore, les données publiées sont très hétérogènes, et parfois peu comparables suivant la population étudiée ou les instruments diagnostiques utilisés (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019). Cependant, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que, par rapport à la population générale de leur pays d'accueil, les personnes déplacées signalent des taux supérieurs de dépression (Nickerson et al., 2018).

Enfin, dans leur méta-analyse réalisée en 2005, Fazel et al. révèlent des résultats interpellants. Ils indiquent un très faible taux de diagnostic effectif de dépression, alors que plus de 20 % des personnes déplacées signalaient des symptômes dépressifs cliniquement significatifs. Ces résultats corroborent ceux de Giacco et al. (2018), dénonçant le sous-diagnostic de cette population vulnérable.

3.2.2. Définition et prévalence des troubles anxieux

Selon le DSM-V (APA, 2013), les troubles anxieux constituent un ensemble de troubles psychologiques ayant en commun des symptômes d'anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement. Les principaux troubles anxieux selon le DSM-V regroupent : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique avec ou sans

agoraphobie, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale. Les personnes développant un trouble anxieux manifestent des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux d'angoisse qui sont intenses, fréquents, persistants et graves, et provoquent une détresse qui nuit à leur fonctionnement social, affectif, ou encore professionnel (APA, 2013).

En ce qui concerne leur prévalence, la revue de Fazel et al. (2005) indique un taux de 4 % de réfugiés ayant reçu le diagnostic de trouble anxieux généralisé, ce qui n'est pas significativement différent des taux habituels de ce trouble dans la population générale. Selon le Comité pour la santé des exilés (2018), le taux d'anxiété serait en réalité de 8 %. Une étude récente sur des réfugiés du Bhoutan a révélé que 19 % signalaient des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs (Ao et al., 2016). Une méta-analyse de 2009 a quant à elle mesuré la prévalence d'anxiété en comparant une population réfugiée et une population de migrants économiques. Les premiers atteignaient un taux de 40 %, tandis que les seconds obtenaient un taux de 21 % (Lindert et al., 2009). Ainsi, la prévalence de troubles anxieux parmi les populations migrantes ne semble pas non plus faire consensus, variant de 4 % à 88 % selon les études (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005). Enfin, tout comme les troubles dépressifs, les troubles anxieux restent généralement sous-diagnostiqués (Giacco et al., 2018).

3.2.3. Troubles anxieux, dépression et vécu post-migratoire

La littérature récente s'est penchée sur les liens entre troubles anxieux, dépression et vécu post-migratoire, auprès de populations migrantes d'origines variées et réinstallées dans différents pays occidentaux. Une étude suédoise a mis en évidence que les facteurs de stress liés à la réinstallation contribuent à 24 % de la variance de la dépression, de l'anxiété et de la somatisation pour leur échantillon en provenance du Moyen-Orient (Lindencrona et al., 2008). Une autre étude, menée en Australie, établit que les difficultés de vie quotidiennes sont associées à la détresse générale, à l'anxiété et aux symptômes dépressifs (Momartin et al., 2006). Selon la recherche de Silove et al. (1997), les scores d'anxiété étaient associés au sexe féminin, à la pauvreté et aux conflits avec les fonctionnaires de l'immigration, tandis que la solitude et l'ennui étaient liés à l'anxiété et à la dépression. De plus, une étude menée au Royaume-Uni auprès d'une population irakienne réinstallée a mis en évidence que des niveaux faibles de soutien social et des difficultés financières faisant suite à la réinstallation étaient associés à des niveaux accrus de dépression (LeMaster et al., 2018). Par ailleurs, selon Hocking et al. (2015), les migrants sans emploi sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif majeur. Il a également été démontré que les symptômes dépressifs et anxieux sont exacerbés par l'isolement, un réseau social limité, l'absence de but au sein de la communauté en lien avec l'instabilité de l'emploi et d'un domicile sûr, et l'expérience d'hostilité ou de racisme dans la société d'accueil (Burnett & Peel, 2001).

3.2.4. Troubles anxieux, dépression et statut de séjour

L'insécurité du statut de séjour est généralement associée à une plus grande gravité des troubles de santé mentale. Ainsi, les personnes étant dans une situation précaire sont au moins cinq fois plus susceptibles de présenter des symptômes majeurs de dépression et d'anxiété que les personnes ayant obtenu un statut de résident permanent ou une citoyenneté (Newnham et al., 2019).

Ces résultats se confirment dans une étude interrogeant des migrants originaires d'Afghanistan, d'Iran et de Somalie réinstallés aux Pays-Bas (Gerritsen et al., 2006), les symptômes de dépression et d'anxiété étant davantage présents parmi les personnes au statut précaire (68.1 %) que chez celles reconnues réfugiées (39.4 %). D'autres études, menées principalement en Australie (Momartin et al., 2006 ; Nickerson et al., 2019), corroborent également ces résultats et semblent indiquer de manière unanime que l'instabilité du statut de séjour joue un rôle important dans la détresse psychologique, et qu'un traitement rapide des demandes d'asile entraînerait des répercussions significatives sur la santé mentale. Selon Momartin et al. (2006), un statut de séjour temporaire serait le facteur prédictif le plus important de l'anxiété et de la dépression.

De plus, comme nous avons pu l'aborder précédemment, la période de transition du statut de demandeur d'asile à celui de réfugié nouvellement reconnu peut également présenter un certain risque clinique (Walker et al., 2021). La plupart des personnes confrontées à cette transition font état d'une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression, et certains d'entre eux ont signalé avoir eu des pensées suicidaires lors de cette période (Walker et al., 2021). Ainsi, il faut être conscient que, bien que la santé mentale des réfugiés nouvellement reconnus tende à s'améliorer dans les 12 mois suivant l'obtention du permis de séjour, elle est également susceptible de fluctuer au cours de cette période (Walker et al., 2021).

Enfin, des chercheurs irlandais ont récemment montré que les personnes au statut régulier et irrégulier présentaient un risque élevé de passage à l'acte suicidaire (Murphy & Vieten, 2022). Par ailleurs, l'association entre l'instabilité du statut de séjour et le risque suicidaire a pu être établie, Procter et al. (2018) ayant défini ce phénomène de « désespoir mortel » (*lethal hopelessness*). Selon Garcini et al. (2017), les personnes ayant toujours une procédure d'asile en cours indiquent davantage d'idées suicidaires, par rapport aux personnes ayant obtenu le statut de réfugié. Dans leur étude, Fortuna et al. (2016) avaient également pu observer ce phénomène au sein d'une population de migrants originaires d'Amérique latine n'ayant pas obtenu la citoyenneté américaine, en affirmant que les attentes négatives concernant l'avenir étaient liées à l'apparition d'idées suicidaires. À l'inverse, des facteurs protecteurs tels que la religiosité, l'appartenance sociale et la loyauté familiale ont été associés à une diminution du risque de suicide chez les personnes déplacées (Fortuna et al., 2016).

3.3 Autres troubles de santé mentale

D'autres troubles de santé mentale ont été rapportés par la littérature scientifique dans le domaine de la migration. Sont ainsi souvent évoquées la psychose, la somatisation et les assuétudes, comme étant particulièrement prévalentes parmi les personnes déplacées.

En premier lieu, Dapunt et al. (2017) ont montré que l'incidence de la psychose dans les populations migrantes serait plus élevée que dans la population générale. Une étude suédoise indique que les migrants ont une incidence plus élevée de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques non affectifs, par rapport aux ressortissants suédois (Hollander et al., 2016). Pour certains auteurs, le risque de développer des troubles psychotiques est plus élevé chez les réfugiés que parmi d'autres groupes de migrants (Bourque et al., 2011). Cela est contredit par d'autres études, ayant montré des taux élevés de symptômes psychotiques parmi les migrants irréguliers (Van Wijnendaele et al., 2018). Enfin, il est important de noter que les premières années de réinstallation dans le pays d'accueil représentent une période critique pour le développement de troubles psychotiques (Murphy & Vieten, 2022).

En deuxième lieu, Aragona et al. (2011) ont observé des symptômes de somatisation pour environ un tiers de leur échantillon de migrants réinstallés en Italie. Aragona et al. (2011) établissent que ces plaintes physiques vagues (notamment les douleurs diffuses, la fatigue, les vertiges et les troubles gastro-intestinaux) sont parmi les principaux motifs de consultation des personnes déplacées et restent souvent médicalement inexplicables. En effet, les réfugiés sont plus susceptibles de demander une aide médicale pour des douleurs somatiques que pour une détresse mentale, pour éviter la stigmatisation. Des recherches antérieures ont montré que les somatisations sont assez fréquentes chez les populations migrantes, leur taux de prévalence variant entre 25.6 et 35.2 % (Aragona et al., 2005). Dans une étude de Schweitzer et al. (2011), une prévalence de 37 % de symptômes significatifs de somatisation a pu être démontrée parmi la population birmane réinstallée en Australie. Enfin, Belz et al. (2017) ont montré que la résidence prolongée dans un centre d'accueil et le fait de ne pas posséder de permis de séjour étaient associés au développement de symptômes de somatisation.

En dernier lieu, une revue systématique de la littérature réalisée par Horyniak et al. en 2016 a établi que la prévalence de la dépendance alcoolique parmi les personnes déplacées se situe entre 1 % et 42 %, et que la dépendance aux drogues oscille entre 1 % et 20 %. L'écart entre ces résultats peut s'expliquer par la nationalité des migrants et le pays d'accueil étudié, ces variables affectant la disponibilité des substances et les normes sociales et culturelles relatives à la consommation. Giacco et al. (2018) ont montré que les taux de troubles liés à l'usage de substances chez les réfugiés tendent à se rapprocher de ceux des nationaux au fil du temps. Enfin, Van Wijnendaele et al. (2018) ont identifié les migrants irréguliers comme étant une population à haut risque de développer une dépendance aux substances.

3.4 Vision du monde

La « Théorie des hypothèses brisées » (*Shattered Assumptions Theory*) de Janoff-Bulman (1989) postule que l'expérience d'événements traumatisants peut changer la perception de soi et du monde des victimes. Les croyances fondamentales bouleversées par le traumatisme seraient : la bienveillance du monde et des autres, la signification du monde, et l'estime de soi (« Le monde est bienveillant, le monde a un sens, et j'en suis digne. »). Ces trois domaines constituent le monde supposé (*assumptive world*) de chacun et représentent « les hypothèses fermement ancrées sur le monde et le moi, utilisées comme moyen de reconnaître, de planifier et d'agir » (Parkes, 1972). Les théories cognitives soutiennent que le TSPT est le résultat d'un événement remettant en question les croyances fondamentales du sujet envers le monde, les autres et lui-même (Brewin & Holmes, 2003). Suite au traumatisme psychique, un changement durable peut survenir dans les croyances fondamentales de la victime, qui perçoit alors le monde et les autres comme dangereux, incontrôlables ou injustes, et qui se considère elle-même comme incompetente et vulnérable (Janoff-Bulman, 1989).

Un nombre restreint de recherches se sont intéressées à ce concept auprès des populations migrantes. La plupart des études se sont par ailleurs limitées à l'examen de personnes réfugiées, mais n'ont pas investigué ces changements cognitifs pour d'autres groupes tels que les demandeurs d'asile, les apatrides ou les personnes en situation irrégulière.

Matos et al. (2021) se sont intéressés à l'impact de la guerre sur les changements dans la vision du monde de réfugiés syriens réinstallés au Portugal. Ils suggèrent que l'expérience de la guerre a gravement perturbé le sentiment d'appartenance et la recherche de sens des sujets, les menant à une réévaluation de leurs croyances fondamentales sur le monde. Cependant, les auteurs ont observé une restauration progressive de la vision du monde de leur échantillon et une nouvelle construction de sens suite à la réinstallation au sein de la société portugaise. Ces résultats sont encourageants, indiquant ainsi la possibilité de restaurer les croyances brisées des réfugiés en matière de sécurité, de prévisibilité, de confiance, d'appartenance et d'équité, influencées par les conditions d'accueil du pays de réinstallation (Matos et al., 2021).

D'autres auteurs ont tenté d'établir des liens entre la vision du monde et les croyances religieuses, suggérant que les schémas cognitifs spirituels auraient une fonction de « bouclier protecteur » contrebalançant le bouleversement du monde supposé du sujet suite à un événement traumatique (Munsoor, 2019). Selon Zukerman & Korn (2014), un système de coping religieux positif était associé à des hypothèses sur le monde positives, tandis qu'un coping religieux négatif amenait des hypothèses sur le monde négatives.

Dans une étude de Ter Heide et al. (2017), la vision du monde de 213 réfugiés a pu être comparée à celle de la population générale des Pays-Bas et d'autres groupes traumatisés. Le monde supposé des participants réfugiés était particulièrement impacté pour les variables de

bienveillance du monde et des autres, ainsi que pour les croyances relatives à la chance. Ils ont obtenu des scores inférieurs à ceux des deux autres groupes pour ces trois hypothèses fondamentales. Cela indique une vision du monde plus négative pour les réfugiés, par rapport à la population tout-venant et à d'autres individus traumatisés (Ter Heide et al, 2017). Mooren et Kleber (2001) ont trouvé des résultats similaires dans un échantillon de réfugiés bosniaques.

3.5 Résilience

La résilience, telle que définie par Manciaux (2001), désigne « la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer de se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères ». Il s'agit d'un phénomène dynamique, en constante évolution, variant selon les facteurs de risque et de protection auxquels l'individu est confronté à un moment donné (Fossion et al., 2006). « La résilience implique la flexibilité, l'adaptabilité ou la force face à un facteur de stress » (Lehrner & Yehuda, 2018). Bonanno (2004) a décrit la résilience comme étant la capacité à faire face à la perte et au traumatisme. Dans le cadre de la migration, la résilience a été décrite en termes de résistance des populations traumatisées au développement de psychopathologies dans divers contextes (Davydov et al., 2010). Selon Fossion et al. (2006), elle s'appuie sur trois axes principaux : les ressources de l'individu, les ressources de son environnement familial, et les ressources de son environnement social. Ainsi, la résilience n'est pas qu'un processus individuel, mais également un processus relationnel et contextuel.

Les sources de résilience de l'individu sont, le plus souvent, liées à ses capacités de stabilité, de résolution des problèmes, de flexibilité et de cohésion (Lehrner & Yehuda, 2018). D'autres ressources, liées aux compétences sociales des sujets, peuvent être développées, notamment la qualité des liens affectifs et des supports sociaux du sujet (Fossion et al., 2006). Par ailleurs, certains auteurs mettent l'accent sur la contribution des croyances religieuses sur la résilience (Danieli, 2007). Draimin et al. (1998) ont utilisé le terme de « réservoir de force spirituelle » pour qualifier ce phénomène. La culture fait également partie intégrante du processus de guérison des victimes et de leurs familles. Des recherches approfondies sur la résilience mettent en évidence l'importance des récits communautaires et de la transmission des pratiques culturelles dans le processus de rétablissement (Budowle et al., 2019).

Schweitzer et al. (2007) ont révélé que la religion, un soutien social étendu et des capacités de coping élaborées, étaient autant de variables susceptibles d'influencer une évolution positive de la santé mentale des réfugiés Soudanais de leur échantillon. Aussi, le soutien social apporté par la communauté serait associé à une acculturation réussie (LeMaster et al., 2018), favorisant la résilience. La revue de Giacco et al. (2018) a pu préciser ces résultats en identifiant le sentiment d'appartenance comme un facteur de protection et

l'isolement social comme un facteur de risque associé aux troubles mentaux des populations migrantes. Almedom et al. (2005) ont quant à eux mis en évidence la résilience collective d'un échantillon de femmes érythréennes, contribuant au processus de récupération, tandis que le déplacement prolongé et l'exposition continue à l'adversité avaient un impact négatif sur la résilience. Kuwert et al. (2009) ont suggéré que le déplacement forcé était associé à une moindre résilience sur le long terme, comparé aux formes de déplacement volontaire.

Selon la théorie *Drive to Thrive* (Hou et al., 2018), la résilience est déterminée par le maintien de la régularité et de la structure des routines quotidiennes. Selon Hou et al. (2020), le traumatisme contribue à une plus faible régularité des routines, en raison d'un sentiment d'imprévisibilité et d'une flexibilité réduite. Deux types de routines quotidiennes ont été élaborées sur ce modèle. À savoir les routines primaires, faisant référence aux comportements nécessaires à la survie, tels que l'hygiène, le sommeil et l'alimentation, et les routines secondaires, se référant aux comportements facultatifs, tels que l'exercice, les loisirs et l'emploi (Hou et al., 2018). Dans un contexte de vie post-migratoire, ces routines quotidiennes sont régulièrement mises à l'épreuve pour les populations déplacées (Hou et al., 2020).

Enfin, une caractéristique interpellante des personnes migrantes, peu mise en avant par la recherche, est le fait qu'un grand nombre d'entre elles ne développent pas de trouble de santé mentale, malgré un risque plus élevé que la moyenne (Siriwardhana & Stewart, 2013). Certains auteurs ont abordé le thème de « paradoxe de l'immigrant » (*immigrant paradox*), se référant au phénomène selon lequel des niveaux plus faibles de problèmes en santé mentale étaient observés dans certains groupes immigrés comparativement aux nationaux, et ce malgré une exposition importante aux facteurs de risque liés à la migration (Lau et al., 2013). Ce concept s'expliquerait par un phénomène de migration sélective, par lequel les individus les plus résilients migreraient, tandis que leurs pairs plus fragiles resteraient dans le pays d'origine (Usama et al., 2021). Néanmoins, ce phénomène a principalement été étudié aux États-Unis et n'a pas pu être confirmé auprès de populations migrantes européennes (Usama et al., 2021). Par conséquent, le « paradoxe de l'immigrant » serait spécifique à certaines populations et à certains contextes (Lau et al., 2013). Par la suite, un concept similaire, surnommé l'« effet de l'immigrant en bonne santé » (*healthy immigrant effect*) a vu le jour au Canada (Kirmayer et al., 2011). Toutefois, les auteurs canadiens ont observé que cet état se manifesterait uniquement au début de la réinstallation dans le pays d'accueil, la santé mentale des populations déplacées se détériorant ensuite avec le temps (Kirmayer et al., 2011).

Pour conclure, les facteurs promouvant la résilience des populations migrantes sont multiples et interconnectés, alliant à la fois des capacités personnelles et des réseaux de soutien social. Ces ressources préserveraient le sujet en modérant les risques liés au processus migratoire et à la réinstallation dans le pays d'accueil (Siriwardhana & Stewart, 2013).

III. Objectifs et hypothèses de la recherche

1. Objectifs

Ces dernières années, une littérature scientifique florissante émerge et s'interroge sur la santé mentale des populations migrantes. Alors que le vécu prémigratoire et péri-migratoire sont largement documentés dans la recherche scientifique, les difficultés relatives au contexte post-migratoire restent peu étudiées. Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, la littérature actuelle est principalement centrée sur les personnes ayant obtenu le statut de réfugiés. En revanche, une population souvent oubliée des recherches, de par son invisibilité légale et sociétale et son accès difficile, concerne les personnes en situation irrégulière.

Dès lors, nous avons souhaité contribuer à l'avancement de la recherche sur la santé mentale des populations migrantes en nous intéressant à ces deux domaines peu investigués : d'une part, le parcours post-migratoire, d'autre part, les migrants en situation irrégulière.

Pour ce faire, nous avons décidé de comparer deux groupes distincts. Le premier groupe sera composé de personnes en situation régulière sur le territoire belge, que nous qualifierons de « migrants réguliers ». Quant au second groupe, il sera composé de personnes en situation irrégulière sur le territoire belge, que nous qualifierons de « migrants irréguliers ».

L'objectif de cette étude sera d'évaluer les différences entre ces deux populations en termes de santé mentale. Ensuite, nous tenterons d'identifier les difficultés post-migratoires rencontrées par ces deux groupes, et de mesurer leur impact sur leurs niveaux de traumatisme, de résilience, d'anxiété, de dépression, et sur leur vision du monde.

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse 1 : La santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers.

L'objectif principal de cette recherche est de comparer l'état de santé mentale de deux populations distinctes : les migrants réguliers et les migrants irréguliers. Dans le but de mieux appréhender cette première hypothèse, nous avons décomposé celle-ci en quatre sous-hypothèses afin d'envisager les différents éléments inclus dans le concept de santé mentale, tels que le traumatisme, la dépression, l'anxiété, la vision du monde et la résilience.

2.1.1. Hypothèse 1a : Les niveaux de traumatisme sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

Comme nous l'avons précisé dans notre revue de la littérature, de nombreuses études indiquent une prévalence élevée de traumatisme au sein des populations migrantes (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005). Certains auteurs ont pu démontrer que les niveaux de TSPT

étaient plus élevés parmi les migrants en situation précaire, par rapport à leurs homologues en situation stable (Momartin et al., 2006 ; Nickerson et al., 2011). Cependant, cette différence n'a pas été clairement établie dans le cas des migrants irréguliers.

Nous émettons l'hypothèse que les personnes en situation irrégulière ont davantage de symptômes de trouble de stress post-traumatique que les personnes en situation régulière. Ainsi, nous nous attendons à ce que les scores des migrants irréguliers soient supérieurs à l'échelle de trouble de stress post-traumatique (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-V version [PCL-5]) que ceux des migrants réguliers.

Cependant, nous pensons également que l'effet réparateur de la décision positive et de l'octroi de l'asile n'efface pas pour autant le traumatisme. Ainsi, nous prévoyons que les scores obtenus par les migrants réguliers pour le trouble de stress post-traumatique, bien qu'étant moins élevés que ceux des migrants irréguliers, soient supérieurs à ceux obtenus dans la population générale.

2.1.2. Hypothèse 1b : Les niveaux de dépression et d'anxiété sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

Les résultats non-consensuels issus de la littérature scientifique indiquent une grande variabilité de la prévalence des troubles dépressifs et anxieux, selon le type de population migrante investiguée. Ainsi, les auteurs ne s'accordent pas sur des taux de prévalence précis, mais ont pu démontrer des niveaux élevés de dépression et d'anxiété dans certains groupes spécifiques, notamment pour les populations titulaires de visas de protection temporaire (Gerritsen et al., 2006 ; Newnham et al., 2019).

Nous émettons l'hypothèse que les personnes en situation irrégulière développent davantage de symptômes d'anxiété et de dépression que les personnes en situation régulière. Ainsi, nous nous attendons à ce que les scores des migrants irréguliers soient supérieurs à l'échelle de dépression et d'anxiété (Hopkins Symptom Checklist-25 [HSCL-25]) que ceux des migrants réguliers.

À nouveau, nous pensons que, malgré l'octroi d'un statut de protection, les personnes en situation régulière restent confrontées à un certain nombre de stressseurs quotidiens. Ainsi, nous prévoyons que les scores obtenus par les migrants réguliers pour les troubles anxieux et dépressifs, bien qu'étant inférieurs à ceux des migrants irréguliers, soient plus élevés que ceux obtenus dans la population générale.

2.1.3. Hypothèse 1c : La vision du monde des migrants irréguliers est plus négative que celle des migrants réguliers.

À notre connaissance, il n'existe actuellement aucune recherche évaluant le « monde supposé » (*assumptive world*) des migrants irréguliers. Or, il a été prouvé que la vision du

monde des individus pouvait être fortement impactée, notamment à la suite d'un événement traumatisant (Brewin & Holmes, 2003).

En ligne avec notre première sous-hypothèse (*cfr* Hypothèse 1a), nous émettons l'hypothèse selon laquelle les personnes en situation irrégulière seraient davantage traumatisées que les personnes en situation régulière. Par conséquent, selon la théorie développée par Janoff-Bulman (1989), les migrants irréguliers seraient exposés à un bouleversement important de leurs croyances fondamentales sur eux-mêmes, sur les autres et sur le monde.

Ainsi, nous nous attendons à ce que les migrants irréguliers aient une vision du monde plus négative que les migrants réguliers. Nous pensons que les perceptions de soi et du monde vu comme juste, fiable, et bienveillant, seront plus faibles pour les migrants irréguliers à l'échelle de vision du monde (World Assumptions Questionnaire [WAQ]) que pour les migrants réguliers. Enfin, nous croyons que ces différences entre les deux groupes s'observeront également pour les sous-échelles de contrôlabilité des événements et de sécurité et vulnérabilité.

2.1.4. Hypothèse 1d : Les niveaux de résilience sont plus faibles dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

En outre, les capacités de résilience des populations migrantes ont été très peu investiguées dans la littérature scientifique. Nous n'avons pu trouver aucune recherche récente étudiant les niveaux de résilience spécifiques aux populations irrégulières.

Nous émettons l'hypothèse que les personnes en situation irrégulière développent des capacités de résilience plus faibles que les personnes en situation régulière, de par leur absence de statut social et juridique. Ainsi, nous nous attendons à ce que les scores des migrants irréguliers soient inférieurs à l'échelle de résilience (Adult Resilience Measure - Revised [ARM-R]) à ceux des migrants réguliers, pour l'échelle totale et les sous-échelles de résilience personnelle et de résilience relationnelle.

2.2. Hypothèse 2 : Les difficultés post-migratoires diffèrent entre les migrants réguliers et irréguliers et elles ont un impact sur la santé mentale des deux groupes.

L'objectif secondaire de cette recherche est d'identifier les difficultés post-migratoires rencontrées par les migrants réguliers et les migrants irréguliers, et de mesurer leur impact sur leurs niveaux de traumatisme, de résilience, d'anxiété, de dépression, et sur leur vision du monde. Dans le but de mieux appréhender cette seconde hypothèse, nous avons décomposé celle-ci en deux sous-hypothèses.

2.2.1. Hypothèse 2a : Les migrants irréguliers rencontrent plus de difficultés post-migratoires que les migrants réguliers.

Bien qu'il ait été démontré que les difficultés post-migratoires sont relativement similaires parmi la majorité des populations migrantes étudiées, certaines études ont souligné des différences en matière d'obstacles quotidiens selon le statut de séjour (Gleeson et al., 2020). Ainsi, certains auteurs s'accordent pour dire que les difficultés post-migratoires sont généralement plus nombreuses et plus fréquentes chez les migrants au statut précaire, que chez leurs homologues en possession d'un statut plus stable (Nickerson et al., 2019 ; Steel et al., 2006).

Nous émettons l'hypothèse que les personnes en situation irrégulière expérimentent davantage de difficultés post-migratoires que les personnes en situation régulière. Ainsi, nous nous attendons à ce que les migrants irréguliers aient un nombre et une gravité des difficultés post-migratoires supérieurs à l'inventaire de difficultés de vie post-migratoires (Post-Migration Living Difficulties Checklist [PMLD]) à ceux des migrants réguliers.

Par ailleurs, outre ces différences quantitatives, nous tenterons d'identifier les différences opposant le vécu post-migratoire des deux groupes. Pour ce faire, nous comparerons les types de difficultés post-migratoires les plus fréquemment rapportés par les migrants réguliers et irréguliers.

2.2.2. Hypothèse 2b : Les difficultés post-migratoires ont un impact sur la santé mentale.

Malgré les quelques zones d'ombre entourant toujours ce phénomène, de nombreux auteurs ont permis d'identifier les facteurs post-migratoires affectant la santé mentale des personnes déplacées, tels que les facteurs de stress socio-économiques, les facteurs de stress sociaux et interpersonnels, et les facteurs de stress liés à l'asile et aux politiques d'immigration (Gleeson et al., 2020 ; Jannesari et al., 2020).

Nous émettons l'hypothèse que les difficultés post-migratoires influencent la santé mentale des populations migrantes dans notre échantillon. Ainsi, nous nous attendons à ce que les difficultés post-migratoires rapportées par l'inventaire de difficultés de vie post-migratoires (PMLD) aient un impact significatif sur les 4 échelles de santé mentale utilisées dans cette étude, soit le traumatisme (PCL-5), la dépression et l'anxiété (HSCL-25), la vision du monde (WAQ) et la résilience (ARM-R).

Enfin, outre l'influence des difficultés post-migratoires sur la santé mentale de l'ensemble de l'échantillon, nous pensons que des différences pourraient exister parmi les deux groupes investigués dans cette étude. Ainsi, nous supposons que les difficultés post-migratoires influencent différenciellement la santé mentale des migrants réguliers et irréguliers.

IV. Méthodologie

1. Population et critères d'inclusion

La population ciblée par notre recherche se compose d'adultes ayant migré en Belgique et disposant ou non d'un statut de séjour valide. Toutes les catégories de statut de séjour étaient acceptées dans cette étude. Les différentes procédures ayant été octroyées à nos participants sont : la protection internationale, la protection subsidiaire, le regroupement familial et la naturalisation.

Pour atteindre les objectifs de cette recherche quantitative, nous souhaitions récolter nos données auprès d'un échantillon de 20 à 25 personnes par groupe, soit un effectif total de 40 à 50 individus. Cette estimation, définie en termes de faisabilité, nous semblait réaliste de par la durée des rencontres, d'un peu plus d'une heure, la courte période de récolte des données, et l'accessibilité limitée à cette population. Finalement, le réseau associatif belge étant bien développé et relativement étendu, nous avons pu revoir cette estimation à la hausse et planifier des rencontres avec 70 participants, âgés de 18 à 68 ans.

Les critères d'inclusion de notre étude comprenaient :

- (1) être majeur
- (2) avoir migré en Belgique depuis au moins un an
- (3) disposer d'un titre de séjour valide ou être en situation irrégulière sur le territoire belge
- (4) avoir une maîtrise suffisante du français, de l'anglais ou de l'espagnol

Ce dernier critère a été établi pour deux raisons. La première, afin de permettre une bonne compréhension des questionnaires, qui avaient été traduits dans ces trois langues. La seconde, pour favoriser la qualité de la rencontre, afin de faciliter le dialogue avec la conceptrice de la recherche et permettre aux participants de poser des questions, rajouter des informations supplémentaires, et de les accompagner en cas de doutes. Ce critère a par la suite pu être assoupli pour une dizaine de rencontres durant lesquelles nous avons pu bénéficier de l'aide d'interprètes professionnels, et ainsi permettre à des personnes parlant exclusivement l'arabe, l'albanais ou le russe de participer à cette recherche.

Enfin, le critère du temps de séjour en Belgique a été établi car nous souhaitions étudier les difficultés rencontrées par les migrants sur le territoire belge. De ce fait, il était nécessaire que les personnes interrogées aient pu être établies depuis suffisamment longtemps en Belgique afin d'avoir l'occasion d'expérimenter ces différents facteurs de stress. Par conséquent, il n'aurait pas paru pertinent d'inclure des primo-arrivants dans cette recherche. Néanmoins, la limite d'une année ne repose pas sur des critères scientifiques, aucune étude préalable n'ayant recommandé de durée minimale de réinstallation.

2. Procédure de recrutement et conditions de passation

2.1. Procédure de recrutement

Notre procédure de recrutement a été avalisée par le Comité Éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège.

Afin de recruter les participants de notre échantillon, nous avons emprunté la technique du bouche-à-oreille et nous avons pris contact avec le domaine associatif. Parmi les organisations contactées, nous avons reçu le soutien de : la Croix-Rouge de Belgique, le Monde des Possibles, l'École des Solidarités, la Voix des Sans-Papiers de Liège, Espace 28, l'asbl Interra, le Centre des Immigrés Namur-Luxembourg (CINL), l'asbl 'Amoureux, vos papiers !', le CRACPE, l'asbl Point d'appui, l'Évêché de Liège, le CRIPEL, Caritas International, le CRESAM, Promotion et Culture, et bien d'autres encore.

En effet, de par leurs conditions de vie parfois instables et la précarité socio-économique qui les touche, ce public est souvent difficilement identifiable, surtout en ce qui concerne les migrants irréguliers. C'est pourquoi nous nous sommes adressés à des institutions et domaines associatifs accompagnant et soutenant ces personnes. Nous avons fait le choix de prendre contact avec un large panel d'organisations, afin d'éviter les biais relatifs à une seule et même association et de rencontrer des personnes provenant de milieux diversifiés. De plus, la méthode du bouche-à-oreille était un atout pour atteindre les personnes ne fréquentant pas le système associatif, et ainsi augmenter la diversité de notre échantillon afin de le rendre plus représentatif.

2.2. Conditions de passation

En ce qui concerne les conditions de passation des questionnaires de l'étude, elles sont volontairement restées très flexibles, afin de nous adapter aux exigences du contexte de vie des participants. Ainsi, le choix du lieu et de la date de la rencontre a été laissé aux volontaires. Selon les préférences et les disponibilités des participants, les rencontres ont pu prendre place aussi bien dans le lieu de vie des volontaires (leur logement, s'ils en disposent), au sein des locaux de l'institution servant d'intermédiaire, ou encore dans un autre lieu de leur choix, tels que des locaux communautaires. Lors de la rencontre, les sujets ont été invités à compléter les questionnaires, validés empiriquement, selon un ordre précis.

3. Instruments de mesure

3.1. Données sociodémographiques

Avant la passation des échelles validées empiriquement, nous avons réalisé une courte anamnèse de chaque participant, à l'aide d'un formulaire composé d'une dizaine de questions. Parmi les informations demandées, nous avons interrogé les participants sur : leur sexe, leur âge, leur pays d'origine, leur état civil, le pays de résidence de leur conjoint(e), le nombre et le pays de résidence de leur(s) enfant(s), la source de leurs revenus, la stabilité de leurs revenus (sur une échelle de Likert étalonnée de 1 à 5), la date de départ du pays d'origine³, la date d'arrivée en Belgique, les suivis thérapeutiques réalisés, le statut de séjour actuel en Belgique, et enfin la durée totale de leur(s) éventuelle(s) procédure(s) d'asile.

3.2. Post-Migration Living Difficulties Checklist (PMLD)

3.2.1. Description de l'instrument

Le Post-Migration Living Difficulties Checklist (PMLD) est un outil de mesure auto-rapporté développé en Australie, initialement composé de 23 items (Silove et al., 1998). Il a été conçu pour évaluer la nature, la gravité et la fréquence des expériences de vie négatives dans un contexte post-migratoire. Il a pu être utilisé au sein de diverses populations migrantes, notamment en Australie, en Allemagne, en Malaisie, aux Pays-Bas, en Suisse, en Israël, en Turquie, en Suède, etc. (Alemi et al., 2016 ; Finklestein & Solomon, 2009 ; Tay et al., 2019). Cette échelle a régulièrement été identifiée comme un prédicteur de la santé mentale parmi les populations déplacées (Nickerson et al., 2010 ; Schweitzer et al., 2006 ; Steel et al., 2006).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé une version adaptée de cet inventaire, afin que celle-ci puisse correspondre au contexte migratoire belge, à l'image des précédentes recherches ayant utilisé cet outil (Kaltenbach et al., 2018 ; Schick et al., 2016 ; Usama et al., 2021). Ainsi, nous n'avons retenu que 18 des 23 items initialement établis. Ces items se réfèrent aux difficultés post-migratoires les plus fréquemment évoquées par les populations migrantes. L'étalonnage de ces 18 items se construit selon le modèle d'une échelle de Likert à 5 points, allant de 1 (N'était pas un problème / Ne s'est pas produit) à 5 (Un problème très grave). Les participants indiquent ainsi dans quelle mesure chacun de ces facteurs de stress a été un problème au cours des 12 derniers mois. Les items peuvent être regroupés en trois domaines : les préoccupations en matière de protection (par exemple, la peur du rapatriement, le délai de traitement des demandes, les inquiétudes concernant la famille...), l'accès à la santé

³ En raison des nombreux oublis de la date précise de départ du pays d'origine, nous avons finalement choisi de prendre en compte uniquement l'année de départ. Ainsi, la durée du parcours migratoire s'est calculée en nombre d'années et non en mois.

et à l'aide sociale (par exemple, l'accès aux soins, l'obtention d'une aide financière...) et le stress lié aux conditions de réinstallation (par exemple, l'emploi, le logement, la solitude...).

3.2.2. Cotation et propriétés psychométriques

La cotation et l'interprétation de la PMLD peuvent être réalisées de trois manières différentes. Soit par l'addition des résultats obtenus aux 18 items, les scores totaux pouvant aller de 18 à 90. Des scores cumulatifs élevés indiquent une exposition accrue aux facteurs de stress post-migratoires. Soit en additionnant le nombre total de difficultés de vie post-migratoires, les scores totaux pouvant aller de 0 à 18.⁴ Des scores élevés indiquent alors la présence de nombreuses difficultés post-migratoires. Soit en calculant la prévalence de chaque difficulté, en rapportant ces résultats dans un tableau de fréquence.

Dans le cadre de cette recherche, nous effectuerons ces trois modes de cotation distincts, afin d'obtenir des résultats plus fiables. Ainsi, nous obtiendrons trois données différentes pour cet inventaire, que nous nommerons la 'Gravité des PMLD', le 'Nombre de PMLD', et enfin nous établirons un tableau de fréquence pour chacun de nos deux groupes.

Cet outil a de bonnes propriétés psychométriques, avec un coefficient alpha de Cronbach ($\alpha = .72$ to $.88$) indiquant une bonne consistance interne (Usama et al., 2021).

3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-V version (PCL-5)

3.3.1. Description de l'instrument

La Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-V version (PCL-5) est un outil de mesure auto-rapporté composé de 20 items, évaluant la présence et la sévérité des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) repris dans le DSM-V (Weathers et al., 2013). Cette échelle a différents objectifs : l'évaluation de l'efficacité d'un traitement (effets pré-test et post-test), le screening de la population souffrant d'un trouble de stress post-traumatique, ou encore la réalisation d'un diagnostic provisoire de trouble de stress post-traumatique.

Le PCL-5 est amené à évaluer les symptômes éprouvés par le patient durant le mois écoulé. L'étalonnage des 20 items se construit selon le modèle d'une échelle de Likert à 5 points, allant de 0 (Pas du tout) à 4 (Extrêmement).

3.3.2. Cotation et propriétés psychométriques

La cotation et l'interprétation du PCL-5 peuvent être réalisées par l'addition des résultats obtenus aux 20 items (les scores totaux pouvant aller de 0 à 80), puis en utilisant un score cut-

⁴ À l'instar de recherches antérieures, les items ayant obtenu un score de 3 (Un problème modéré) ou plus sont considérés comme des facteurs de stress importants. À partir de cette dichotomisation des items, un nombre total de difficultés de vie post-migratoires peut être calculé.

off de 31-33, recommandé par le National Center for PTSD (Weathers et al., 2013). Des scores élevés suggèrent la présence possible d'un trouble de stress post-traumatique.

En ce qui concerne les propriétés psychométriques du PCL-5, cet outil fournit une mesure valide et fidèle, pertinente pour quantifier la sévérité des symptômes du TSPT, et sensible aux changements dans le temps. Cette échelle dispose d'une bonne consistance interne ($\alpha = 0.96$), d'une bonne fidélité test-retest ($r = .84$), ainsi que d'une validité convergente ($r_s = .74$ to $.85$) et discriminante ($r_s = .31$ to $.60$) correctes (Bovin et al., 2016).

3.4. World Assumptions Questionnaire (WAQ)

3.4.1. Description de l'instrument

Le World Assumptions Questionnaire (WAQ) de Kaler (2009) est un outil de mesure auto-rapporté composé de 22 items, évaluant le « monde supposé » des individus (*assumptive world*), notamment à la suite d'un événement potentiellement traumatique.

Ce questionnaire se compose de quatre sous-échelles : la contrôlabilité des événements (CE), la fiabilité et la bonté des personnes (TGP), la compréhensibilité et la prévisibilité des personnes (CPP), et enfin la sécurité et la vulnérabilité (SV).

La première version de l'échelle de Janoff-Bulman (1989), la World Assumptions Scale (WAS), inspirée par sa « Théorie des hypothèses brisées » (*Shattered Assumptions Theory*), est l'outil le plus largement utilisé pour mesurer le monde supposé des individus, en particulier dans le champ de la victimisation et des traumatismes. Cependant, de nombreuses études ont révélé la faiblesse des propriétés psychométriques de la WAS (Kaler et al., 2008). C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser cette nouvelle mesure, le WAQ, développé plus récemment et disposant de propriétés psychométriques robustes. De plus, il a été démontré que le WAQ pouvait être utilisée au sein de groupes ethniques variés (Haeny et al., 2021).

L'étalonnage des 22 items du WAQ se construit selon le modèle d'une échelle de Likert à 6 points, allant de 1 (Tout à fait d'accord) à 6 (Pas du tout d'accord). L'obtention d'un score élevé à ce questionnaire indique un bouleversement important des croyances fondamentales du sujet sur lui-même et sur le monde.

3.4.2. Cotation et propriétés psychométriques

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'administrer uniquement deux catégories du WAQ, et donc 11 items au total, afin de nous pencher uniquement sur les éléments qui concernent notre recherche, et de raccourcir le temps de passation de cette échelle. Ainsi, nous avons privilégié les facteurs liés à la contrôlabilité des événements (CE) et les items de sécurité et de vulnérabilité (SV). Aussi, nous avons étalonné cette version raccourcie selon une échelle de Likert allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 4 (Tout à fait d'accord), les scores totaux se situant entre 11 et 44.

En ce qui concerne les propriétés psychométriques du WAQ, cet outil fournit une mesure valide et fidèle. Cette échelle dispose d'une bonne consistance interne ($\alpha = .74$ to $.82$), d'une bonne fidélité test-retest ($r = .68$ to $.74$), ainsi que d'une bonne validité globale (Kaler, 2009).

3.5. Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)

3.5.1. Description de l'instrument

L'échelle Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) de Mollica et al. (1987) est un outil de mesure auto-rapporté composé de 25 items, évaluant la présence de symptômes anxieux et dépressifs selon les critères du DSM-V, au cours de la semaine écoulée. Elle se compose de 2 parties distinctes : une sous-échelle mesurant l'anxiété, composée de 10 items, et une sous-échelle mesurant la dépression, composée de 15 items. L'étalonnage des 25 items se construit selon le modèle d'une échelle de Likert à 4 points, allant de 1 (Pas du tout) à 4 (Extrêmement). Il s'agit d'une échelle régulièrement empruntée dans la recherche interculturelle et adaptée dans un grand nombre de langues. Elle a par ailleurs été largement utilisée sur des populations migrantes issues de milieux variés (Hocking et al., 2015 ; Lies et al., 2020 ; Newnham et al., 2019 ; Steel et al., 2011).

3.5.2. Cotation et propriétés psychométriques

La cotation et l'interprétation du score obtenu au HSCL-25 est calculé en divisant le score total (score de la somme des items) par le nombre d'items auxquels le sujet a répondu. Le score total se situe alors entre 1,00 et 4,00. Une valeur seuil de 1,75 est généralement utilisée comme un cut-off validé scientifiquement pour indiquer une détresse cliniquement significative et faire le diagnostic de troubles anxieux ou dépressifs. Ainsi, les personnes dont le score pour l'anxiété, la dépression et/ou le score global est supérieur ou égal à 1,75 sont considérées comme symptomatiques. Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi de tester nos hypothèses sur l'ensemble des trois scores émergeant du HSCL-25, soit le score d'anxiété, le score de dépression, et le score total, combinant anxiété et dépression.

En ce qui concerne les propriétés psychométriques du HSCL-25, cet outil fournit une mesure valide et fidèle, pertinente pour quantifier la présence des symptômes anxieux et/ou dépressifs, et sensible au changement dans le temps. Cette échelle dispose d'une bonne consistance interne ($\alpha = .89$), d'une bonne fidélité test-retest ($r = .89$), ainsi que d'une validité correcte (88 % de sensibilité et 73 % de spécificité) (Bris, 2017).

3.6. Adult Resilience Measure - Revised (ARM-R)

3.6.1. Description de l'instrument

La Adult Resilience Measure - Revised (ARM-R) de Liebenberg et Moore (2018) est un outil de mesure auto-rapporté composé de 17 items, évaluant la résilience chez des individus

âgés de plus de 18 ans. Cette échelle fut créée et adaptée à partir de la Child and Youth Resilience Measure - Revised (CYRM-R), mesurant la résilience chez l'enfant âgé de moins de 18 ans.

La version adulte de ce questionnaire de mesure de la résilience peut se décliner en différentes variantes : la cotation sur une échelle de Likert de 3 points ou de 5 points, et la passation en langue standard ou en langue simplifiée. Par souci de précision de notre mesure, nous avons choisi d'administrer la version de l'ARM-R comprenant l'étalonnage des 17 items construit selon le modèle d'une échelle de Likert à 5 points, allant de 1 (Pas du tout) à 5 (Énormément). En ce qui concerne le langage, nous avons préféré sélectionner la version disponible en langue simplifiée, afin de s'assurer de la bonne compréhension de chaque item pour les sujets ayant une maîtrise partielle de l'anglais ou du français, comme recommandé par le Resilience Research Centre (2022).

3.6.2. Cotation et propriétés psychométriques

La cotation et l'interprétation de l'ARM-R peuvent être réalisées de deux manières. Soit par l'addition des résultats globaux obtenus aux 17 items (les scores totaux pouvant aller de 17 à 85). Soit par l'addition des résultats spécifiques obtenus aux deux sous-échelles de mesure de la résilience personnelle (les scores totaux pouvant aller de 10 à 50) et de la résilience relationnelle (les scores totaux pouvant aller de 7 à 35). Des scores élevés obtenus à ce questionnaire indiquent des capacités de résilience importantes chez l'individu. Le concept de résilience se situant sur un continuum, et étant susceptible de varier selon les contextes, il n'est pas recommandé de délimiter cette mesure en un versant « normal » et un versant « pathologique ». Cependant, des cut-offs scores existent pour évaluer les résultats globaux de la résilience du sujet. Des scores inférieurs à 61 indiquent une résilience faible, des scores allant de 61 à 69 indiquent une résilience modérée, des scores allant de 70 à 75 indiquent une résilience élevée, et des scores supérieurs ou égaux à 76 indiquent une résilience exceptionnelle (Resilience Research Centre, 2022).

En ce qui concerne les propriétés psychométriques de l'ARM-R, cet outil fournit une mesure valide et fidèle. Cette échelle dispose d'une bonne consistance interne en ce qui concerne la résilience globale ($\alpha = .87$), la résilience personnelle ($\alpha = .82$), et la résilience relationnelle ($\alpha = .82$). Il possède également une bonne fidélité test-retest ($r \geq .7$), ainsi qu'une validité correcte, mesurée par un modèle de Rasch (Resilience Research Centre, 2022).

V. Résultats statistiques

1. Statistiques descriptives : description de l'échantillon

Les analyses statistiques réalisées dans le cadre de cette recherche ont été faites sur base d'un échantillon initial composé de 70 participants. Lors de nos analyses, nous avons décidé d'exclure les données d'un participant de la recherche, son statut de séjour trop incertain ne permettant pas son inclusion dans l'un de nos deux groupes. Par ailleurs, les données de deux autres participants sont incomplètes, en raison d'un manque de temps pour réaliser l'entièreté des questionnaires. Cependant, nous avons pu exploiter une partie des données récoltées auprès de ces deux personnes pour réaliser certaines analyses statistiques. Ainsi, notre échantillon final se compose de 69 participants pour certaines analyses, tandis qu'il n'en comprend que 67 pour d'autres.

Les participants de notre recherche étaient répartis en deux groupes distincts, selon leur statut de séjour actuel sur le territoire belge. Ainsi, le premier groupe était composé de 31 sujets (45 %) en situation irrégulière, nous les désignerons sous le terme de « migrants irréguliers ». Tandis que le second groupe était composé de 38 sujets (55 %) en situation régulière, nous les désignerons sous le terme de « migrants réguliers ». Parmi ce second groupe, différents titres de séjour ont pu être identifiés. 17 personnes sont titulaires de la protection internationale (25 %), 4 personnes sont titulaires de la protection subsidiaire (6 %), 13 personnes ont été naturalisées (18 %), et 4 personnes ont obtenu leur titre de séjour via un regroupement familial (6 %).

Notre échantillon total est composé de 36.23 % d'hommes ($n = 25$) et de 63.77 % de femmes ($n = 44$). La moyenne d'âge des participants recrutés est de 37.14 ans ($ET = 10.53$). Nous avons pu identifier 26 nationalités différentes au sein de notre échantillon. La répartition des nationalités des participants par groupe est représentée dans les Figures 2a et 2b situées dans l'Annexe 2.

La majorité des sujets est célibataire (33.82 %) ou marié (33.82 %). Parmi les participants ayant un ou plusieurs enfants, 30 sujets vivent en Belgique avec leur(s) enfant(s) (43.48 %), tandis que 11 parents sont séparés de leur(s) enfant(s), vivant à l'étranger (15.94 %).

En ce qui concerne la réalisation d'un travail thérapeutique, 33.33 % des sujets sont actuellement suivis psychologiquement ($n = 23$), tandis que 17.39 % ont été suivis dans le passé ($n = 12$) et 49.28 % n'ont jamais bénéficié d'un suivi psychologique ($n = 34$).

Par ailleurs, les sources de revenus investiguées rapportent que 26.09 % de notre échantillon possèdent un travail ($n = 18$), 36.23 % bénéficient d'une aide sociale ($n = 25$), 4.35 % vivent principalement grâce aux dons et au soutien financier de leurs amis et de leur famille ($n = 3$), tandis que 33.33 % ne perçoivent aucun revenu ($n = 23$). La stabilité des

revenus des migrants réguliers se situe en moyenne autour de 3.97 ($ET = 1.22$) sur une échelle de Likert allant de 1 à 5, tandis qu'elle atteint seulement 1.71 ($ET = 1.16$) pour les migrants irréguliers.

Enfin, la durée moyenne du parcours migratoire ⁵ des migrants réguliers était inférieure à un an, avec une moyenne de 0.34 année ($ET = 0.97$), tandis qu'elle était en moyenne supérieure à un an pour les migrants irréguliers, atteignant 1.32 année ($ET = 2.39$). L'oubli et l'imprécision des dates récoltées lors de la passation n'a pas permis d'identifier une durée en mois, qui aurait été plus précise. En ce qui concerne la durée de la procédure d'asile ⁶, celle-ci était d'un peu moins de deux ans en moyenne pour les migrants réguliers, avec 23.63 mois ($ET = 27.13$), alors qu'elle dépassait les 3 ans pour les migrants irréguliers, avec une moyenne de 37.06 mois ($ET = 34.77$).

Ces informations ainsi que l'ensemble des données sociodémographiques sont présentées ci-dessous dans le Tableau 1 ainsi que dans le Tableau 2.

Tableau 1 : Données sociodémographiques par groupe et pour l'échantillon total, selon l'effectif (N) et les pourcentages (%) [N (%)]

		Échantillon total ($n = 69$)	Migrants réguliers ($n = 38$)	Migrants irréguliers ($n = 31$)
Sexe	Homme	25 (36.23%)	10 (26.32%)	15 (48.39%)
	Femme	44 (63.77%)	28 (73.68%)	16 (51.61%)
État civil	Célibataire	23 (33.82%)	10 (26.32%)	13 (43.33%)
	Séparé	7 (10.29%)	6 (15.79%)	1 (3.33%)
	Divorcé	1 (1.47%)	1 (2.63%)	0 (0.00%)
	Veuf	2 (2.94%)	1 (2.63%)	1 (3.33%)
	En couple	12 (17.65%)	10 (26.32 %)	2 (6.67%)
	Marié	23 (33.82%)	10 (26.32 %)	13 (43.33%)
	Conjoint en Belgique	27 (39.13%)	17 (44.74%)	10 (32.26%)
	Conjoint à l'étranger	8 (11.59%)	3 (7.89%)	5 (16.13%)
Enfants	Sans enfant	28 (40.58%)	15 (39.47%)	13 (41.93%)
	Enfant(s) en Belgique	30 (43.48%)	20 (52.63%)	10 (32.26%)
	Enfant(s) à l'étranger	11 (15.94%)	3 (7.9%)	8 (25.81%)
Suivi psychologique	Actuel	23 (33.33%)	6 (15.79%)	17 (54.84%)
	Passé	12 (17.39%)	9 (23.68%)	3 (9.68%)
	Aucun	34 (49.28%)	23 (60.53%)	11 (35.48%)
Source de revenus	Travail	18 (26.09%)	14 (36.84%)	4 (12.9%)
	Aide sociale	25 (36.23%)	20 (52.63%)	5 (16.13%)
	Proches	3 (4.35%)	2 (5.26%)	1 (3.23%)
	Rien	23 (33.33%)	2 (5.26%)	21 (67.74%)

⁵ La durée du parcours migratoire se réfère à la durée de la route migratoire entre le départ du pays d'origine et l'arrivée dans le pays d'accueil.

⁶ La durée de la procédure d'asile se réfère à la durée entre l'introduction de la première demande aux services de l'immigration jusqu'à l'obtention d'un titre de séjour. Pour les personnes en situation irrégulière, cela correspond à une temporalité qui n'est pas encore terminée, dans le cas où des demandes de régularisation seraient toujours en cours.

Tableau 2 : Données sociodémographiques par groupe et pour l'échantillon total, selon les moyennes (*M*), l'écart-type (*ET*), le minimum et le maximum (Min-Max)

	Échantillon total (<i>n</i> = 69)		Migrants réguliers (<i>n</i> = 38)		Migrants irréguliers (<i>n</i> = 31)	
	<i>M</i> (<i>ET</i>)	Min-Max	<i>M</i> (<i>ET</i>)	Min-Max	<i>M</i> (<i>ET</i>)	Min-Max
Âge	37.14 (10.53)	18-68	36.61 (11.16)	22-68	37.81 (9.85)	18-56
Stabilité des revenus	2.96 (1.64)	1-5	3.97 (1.22)	1-5	1.71 (1.16)	1-5
Durée parcours migratoire *	0.78 (1.81)	0-7	0.34 (0.97)	0-4	1.32 (2.39)	0-7
Durée procédure d'asile **	29.66 (31.29)	0-156	23.63 (27.13)	0-120	37.06 (34.77)	5-156

* en années

** en mois

2. Normalité des variables

Avant d'initier nos analyses statistiques, nous avons évalué la normalité de nos données. Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Shapiro-Wilk sur toutes nos variables, pour nos deux groupes, afin de déterminer les tests statistiques adéquats pour la suite de nos analyses.

En ce qui concerne la stabilité des revenus et la durée de la procédure d'asile, nous obtenons des valeurs *W* (0.7898 ; 0.7853 ; 0.6624 ; 0.7550) avec des probabilités de dépassement (<0.0001) inférieures au seuil d'erreur de 5 % pour les deux groupes, indiquant que les données récoltées ne sont *pas normalement distribuées*.

Pour l'ensemble des autres variables étudiées dans le groupe des migrants irréguliers, nous obtenons des valeurs *W* (0.9745 ; 0.9703 ; 0.9554 ; 0.9416 ; 0.9350 ; 0.9496 ; 0.9698 ; 0.9838 ; 0.9667 ; 0.9605 ; 0.9634 ; 0.9472) avec des probabilités (0.6498 ; 0.5278 ; 0.2190 ; 0.0914 ; 0.0601 ; 0.1523 ; 0.5132 ; 0.9077 ; 0.4342 ; 0.3011 ; 0.3586 ; 0.1304) supérieures au seuil alpha. Au vu de ces résultats, nous pouvons considérer que la gravité et le nombre des difficultés post-migratoires, les totaux de la PCL-5, de la WAQ, de la HSCL-25, de l'anxiété, de la dépression et de l'ARM-R, ainsi que les variables de contrôle et de sécurité de la WAQ, et les résiliences personnelle et relationnelle, suivent des *distributions normales* au sein du groupe des migrants irréguliers.

Cette tendance est plus variable au sein du groupe des migrants réguliers. En effet, le nombre de difficultés post-migratoires, les totaux de la PCL-5, de la HSCL-25, de l'anxiété et de la dépression, ainsi que la résilience relationnelle obtiennent des valeurs *W* (0.9418 ; 0.9391 ; 0.9131 ; 0.8922 ; 0.9223 ; 0.8722) avec des probabilités (0.0478 ; 0.0392 ; 0.0079 ; 0.0021 ; 0.0147 ; 0.0006) inférieures au seuil de 0.05. Cela indique que ces variables ne sont *pas normalement distribuées* au sein du groupe de migrants réguliers.

En revanche, la gravité des difficultés post-migratoires, les totaux de la WAQ et de l'ARM, les variables de contrôle et de sécurité de la WAQ, ainsi que la résilience personnelle

indiquent des valeurs de W (0.9732 ; 0.9712 ; 0.9515 ; 0.9620 ; 0.9521 ; 0.9571) avec des probabilités de dépassement (0.4841 ; 0.4580 ; 0.1163 ; 0.2477 ; 0.1217 ; 0.1741) supérieures au seuil de 5 %. Cela indique que ces variables sont *normalement distribuées* au sein du groupe de migrants réguliers.

L'intégralité de ces résultats est présentée dans le Tableau 3 figurant dans l'Annexe 3.

- En résumé, la stabilité des revenus et la durée de l'asile sont les seules variables suivant une distribution anormale au sein des deux groupes. En ce qui concerne le reste des variables, elles sont toutes normalement distribuées pour le groupe des migrants irréguliers. En revanche, pour la distribution des scores chez les migrants réguliers, la normalité varie selon les variables étudiées.
- Nous tiendrons compte de ces résultats pour la suite de nos analyses, afin d'appliquer des tests paramétriques pour les variables de gravité des difficultés post-migratoires, le total de l'ARM, la résilience personnelle, et toutes les données réalisées sur la WAQ. À l'inverse, nous procéderons à des analyses non-paramétriques pour toutes les autres variables (stabilité des revenus, durée de la procédure d'asile, nombre de difficultés post-migratoires, la résilience relationnelle et les totaux de la PCL, de la HSCL, de l'anxiété et de la dépression), étant donné qu'elles suivent une distribution anormale dans au moins un des deux groupes.

3. Analyses statistiques

3.1. Hypothèses sur la santé mentale des migrants réguliers et irréguliers

Hypothèse 1 : La santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers.

- Hypothèse 1a : Les niveaux de traumatisme sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.
- Hypothèse 1b : Les niveaux de dépression et d'anxiété sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.
- Hypothèse 1c : La vision du monde des migrants irréguliers est plus négative que celle des migrants réguliers.
- Hypothèse 1d : Les niveaux de résilience sont plus faibles dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

Afin de comparer la santé mentale des deux groupes, nous avons choisi de réaliser un test t de Student ainsi qu'un test U de Mann-Whitney, le premier étant utilisé pour les variables normalement distribuées, tandis que le second analysera les variables ne suivant pas une distribution normale des données.

3.1.1. Comparaison de la santé mentale des deux groupes : données métriques

Le test t de Student a été réalisé pour observer s'il existait des différences significatives dans les scores obtenus par les migrants réguliers et irréguliers pour la gravité des difficultés post-migratoires, les totaux de la WAQ et de l'ARM, le sentiment de contrôle, le sentiment de sécurité, et la résilience personnelle.

- Gravité de difficultés post-migratoires : les résultats du test t de Student indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($t = -4.54$; $p = <0.0001$).
- Total de la WAQ : les résultats du test t de Student indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($t = -2.70$; $p = 0.0088$).
- Total de l'ARM : les résultats du test t de Student indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($t = 2.67$; $p = 0.0095$).
- Sentiment de contrôle : les résultats du test t de Student indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($t = -3.26$; $p = 0.0018$).
- Sentiment de sécurité : les résultats du test t de Student indiquent qu'il n'y a *pas de différence* significative des scores entre les deux groupes ($t = -1.18$; $p = 0.2434$).
- Résilience personnelle : les résultats du test t de Student indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($t = 2.54$; $p = 0.0135$).

Le test U de Mann-Whitney a été réalisé pour observer s'il existait des différences significatives dans les scores obtenus par les migrants réguliers et irréguliers pour la stabilité des revenus, la durée de la procédure d'asile, le nombre de difficultés post-migratoires, la résilience relationnelle, les totaux du PCL, de la HSCL, de la dépression et de l'anxiété.

- Stabilité des revenus : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 636.50$; $p = <0.0001$).
- Durée de la procédure d'asile : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 1305.00$; $p = 0.0080$).
- Nombre de difficultés post-migratoires : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 1355.50$; $p = 0.0011$).
- Résilience relationnelle : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il n'y a *pas de différence* significative des scores entre les deux groupes ($U = 900.00$; $p = 0.0531$).
- Total du PCL : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 1441.00$; $p = <0.0001$).
- Total de la HSCL : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 1331.50$; $p = 0.0005$).

- Total de la dépression : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 1333.00$; $p = 0.0005$).
- Total de l'anxiété : les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent qu'il y a une *différence significative* des scores entre les deux groupes ($U = 1308.50$; $p = 0.0014$).

L'ensemble de ces résultats peut être consulté dans le Tableau 4, ci-après.

Tableau 4 : Comparaison des deux groupes : moyennes par groupe, Test t de Student et Test U de Mann-Whitney

Variables	Moyennes par groupe <i>M (ET)</i>		Test t de Student		Test U de Mann-Whitney	
	Migrants réguliers	Migrants irréguliers	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Stabilité des revenus	3.97 (1.22)	1.71 (1.16)	7.84	<0.0001 *	636.50	<0.0001 *
Durée procédure d'asile	23.63 (27.13)	37.06 (34.77)	-1.80	0.0759	1305.00	0.0080 *
Gravité PMLD	47.79 (17.09)	62.90 (10.24)	-4.54	<0.0001 *	1401.00	0.0001 *
Nombre PMLD	8.66 (4.91)	12.58 (2.46)	-4.31	<0.0001 *	1355.50	0.0011 *
Total PCL	27.11 (20.42)	48.97 (14.25)	-5.22	<0.0001 *	1441.00	<0.0001 *
Total WAQ	31.89 (4.96)	35.06 (4.61)	-2.70	0.0088 *	1254.00	0.0119 *
Contrôle WAQ	13.33 (3.04)	15.68 (2.81)	-3.26	0.0018 *	1300.50	0.0019 *
Sécurité WAQ	18.56 (3.07)	19.39 (2.64)	-1.18	0.2434	1142.00	0.2681
Total HSCL	1.90 (0.84)	2.56 (0.61)	-3.61	0.0006 *	1331.50	0.0005 *
Total Anxiété	1.92 (0.86)	2.55 (0.70)	-3.25	0.0018 *	1308.50	0.0014 *
Total Dépression	1.89 (0.86)	2.57 (0.61)	-3.65	0.0005 *	1333.00	0.0005 *
Total ARM	65.33 (11.16)	57.35 (13.27)	2.67	0.0095 *	849.50	0.0103 *
ARM personnelle	38.31 (6.84)	33.68 (8.08)	2.54	0.0135 *	863.50	0.0166 *
ARM relationnelle	27.03 (6.72)	23.68 (7.01)	1.99	0.0503	900.00	0.0531

* $p < 0.05$: différence significative

- En résumé, il y a une différence significative entre les scores des migrants réguliers et des migrants irréguliers en ce qui concerne : la stabilité des revenus, la durée de la procédure d'asile, la gravité et le nombre des difficultés post-migratoires, les totaux de la PCL, de la WAQ, de la HSCL, de l'anxiété, de la dépression et de l'ARM, ainsi que pour le sentiment de contrôle et la résilience personnelle.
- En revanche, nous ne pouvons pas démontrer de différence significative entre les scores des migrants réguliers et des migrants irréguliers en ce qui concerne le sentiment de sécurité et la résilience relationnelle.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que tous les résultats obtenus par le test non-paramétrique du U de Mann-Whitney corroborent ceux trouvés par le test paramétrique du t de Student, à l'exception de la durée de la procédure d'asile. Étant donné la non normalité de la variable de durée de la procédure d'asile, le test U de Mann-Whitney est plus fiable, il est donc recommandé de l'utiliser dans ce cas-ci.

3.1.1.1. Comparaison des moyennes et conclusions

En nous basant sur les moyennes obtenues par chaque groupe et sur les résultats rapportés par les tests t de Student et les tests U de Mann-Whitney (*cfr* Tableau 4), nous pouvons faire plusieurs constats.

- La gravité des difficultés post-migratoires est statistiquement plus élevée pour les migrants irréguliers ($M = 62.90$; $ET = 10.24$) que pour les migrants réguliers ($M = 47.79$; $ET = 17.09$).
- Le nombre de difficultés post-migratoires est statistiquement plus élevé pour les migrants irréguliers ($M = 12.58$; $ET = 2.46$) que pour les migrants réguliers ($M = 8.66$; $ET = 4.91$).
- Les scores de traumatisme sont statistiquement plus élevés pour les migrants irréguliers ($M = 48.97$; $ET = 14.25$) que pour les migrants réguliers ($M = 27.11$; $ET = 20.42$).
- La vision du monde est statistiquement plus négative pour les migrants irréguliers ($M = 35.06$; $ET = 4.61$) que pour les migrants réguliers ($M = 31.89$; $ET = 4.96$). Plus spécifiquement, celle-ci concernerait le sentiment de contrôle, qui serait moindre chez les migrants irréguliers ($M = 15.68$; $ET = 2.81$). En revanche, le sentiment de sécurité ne varierait pas entre les deux groupes.
- Les scores d'anxiété et de dépression sont statistiquement plus élevés pour les migrants irréguliers ($M = 2.56$, $ET = 0.61$; $M = 2.55$, $ET = 0.70$; $M = 2.57$, $ET = 0.61$) que pour les migrants réguliers ($M = 1.90$, $ET = 0.84$; $M = 1.92$, $ET = 0.86$; $M = 1.89$, $ET = 0.86$) .
- Les niveaux de résilience totale sont statistiquement plus élevés pour les migrants réguliers ($M = 65.33$; $ET = 11.16$) que pour les migrants irréguliers ($M = 57.35$; $ET = 13.27$). Plus spécifiquement, celle-ci concernerait la résilience personnelle, qui serait plus importante pour les migrants réguliers ($M = 38.31$; $ET = 6.84$). En revanche, la résilience relationnelle ne varierait pas entre les deux groupes.
- Les revenus des migrants réguliers ($M = 3.97$; $ET = 1.22$) sont significativement plus stables que ceux des migrants irréguliers ($M = 1.71$; $ET = 1.16$).
- La durée de la procédure d'asile est statistiquement plus longue pour les migrants irréguliers ($M = 37.06$; $ET = 34.77$) que pour les migrants réguliers ($M = 23.63$; $ET = 27.13$).

- Ainsi, la santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers, avec des niveaux plus élevés de traumatisme, d'anxiété et de dépression, une vision du monde globalement plus négative, un sentiment de contrôle moindre, et une résilience totale et personnelle plus faibles.
- Par ailleurs, ces analyses nous permettent déjà d'anticiper l'Hypothèse 2a et d'observer que les difficultés post-migratoires sont différentes entre les deux groupes. Elles sont plus graves et plus nombreuses pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers.
- Enfin, nous n'avons pas pu trouver de différence entre les deux groupes pour le sentiment de sécurité et la résilience relationnelle.

L'ensemble des données utilisées pour tirer ces conclusions se trouve dans le Tableau 4 ci-dessus.

3.1.2. Comparaison de la santé mentale des deux groupes : données catégorielles

Afin de préciser et de confirmer les résultats obtenus précédemment, nous avons souhaité approfondir notre analyse en réalisant des tests khi-carré d'indépendance, pour les variables non-dichotomiques, et des tests exacts de Fisher, pour les variables dichotomiques, par groupe. Pour ce faire, nous avons donc réalisé les analyses suivantes sur les données catégorielles émergeant de nos questionnaires, pour pouvoir ensuite être capables de les comparer aux données métriques réalisées précédemment sur ces mêmes questionnaires.

Le test exact de Fisher a été réalisé pour observer s'il existait des différences significatives dans les scores obtenus par les migrants réguliers et irréguliers sur les variables dichotomiques suivantes : le traumatisme, la dépression, l'anxiété, et la dépression et l'anxiété combinées (équivalent au total du HSCL-25). La présence ou l'absence de trouble était alors établie sur base des scores seuils standards appliqués pour ces échelles.

Les résultats des tests exacts de Fisher nous indiquent que :

- Il existe une *différence significative* entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la prévalence de traumatisme ($\chi^2(1) = 20.50$; $p = <0.0001$).
- Il existe une *différence significative* entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la prévalence d'anxiété et de dépression combinées ($\chi^2(1) = 16.61$; $p = <0.0001$).
- Il existe une *différence significative* entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la prévalence d'anxiété ($\chi^2(1) = 15.55$; $p = <0.0001$).
- Il existe une *différence significative* entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la prévalence de dépression ($\chi^2(1) = 18.21$; $p = <0.0001$).

De plus, le Tableau 5 nous indique précisément les fréquences d'apparition de chaque trouble pour les deux groupes ainsi que pour notre échantillon total.

Tableau 5 : Tableau de contingence par groupe et pour l'échantillon total, pour les variables des tests exacts de Fisher [% (N)]

	Traumatisme		Dépression/Anxiété		Anxiété		Dépression	
	Présence	Absence	Présence	Absence	Présence	Absence	Présence	Absence
Migrants réguliers	36.84% (14)	63.16% (24)	47.22% (17)	52.78% (19)	44.44% (16)	55.56% (20)	44.44% (16)	55.56% (20)
Migrants irréguliers	90.32% (28)	9.68% (3)	93.55% (29)	6.45% (2)	90.32% (28)	9.68% (3)	93.55% (29)	6.45% (2)
Total	60.87% (42)	39.13% (27)	68.66% (46)	31.34% (21)	65.67% (44)	34.33% (23)	67.16% (45)	32.84% (22)

Le test khi-carré d'indépendance a été réalisé pour observer s'il existait des différences significatives dans les scores obtenus par les migrants réguliers et irréguliers sur les variables non-dichotomiques suivantes : la résilience, la source de revenus et l'accompagnement psychologique. Ce test nous permet ainsi de mesurer les variables catégorielles de plus de deux dimensions et d'ajouter de la précision à nos résultats, les deux dernières variables n'ayant pas pu être analysées dans les analyses statistiques précédentes.

Les résultats des tests khi-carré d'indépendance nous indiquent que :

- Il existe une *différence significative* entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la source de revenus ($\chi^2(3) = 30.19$; $p = <0.0001$).
- Il existe une *différence significative* entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne l'accompagnement psychologique ($\chi^2(2) = 11.91$; $p = 0.0026$).
- Nous n'avons *pas* pu trouver de *différence* significative entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la résilience ($\chi^2(3) = 4.08$; $p = 0.2531$).

De plus, le Tableau 6 nous indique précisément les fréquences d'apparition de chaque variable pour les deux groupes ainsi que pour notre échantillon total.

Tableau 6 : Tableau de contingence par groupe et pour l'échantillon total, pour les variables des tests khi-carré d'indépendance [% (N)]

		Migrants réguliers	Migrants irréguliers	Total
Résilience	Faible	33.33% (12)	51.61% (16)	41.79% (28)
	Modérée	25.00% (9)	29.03% (9)	26.87% (18)
	Élevée	27.78% (10)	12.90% (4)	20.90% (14)
	Exceptionnelle	13.89% (5)	6.45% (2)	10.45% (7)
Source de revenus	Travail	36.84% (14)	12.90% (4)	26.09% (18)
	Aide sociale	52.63% (20)	16.13% (5)	36.23% (25)
	Proches	5.26% (2)	3.23% (1)	4.35% (3)
	Rien	5.26% (2)	67.74% (21)	33.33% (23)
Accompagnement psychologique	Actuel	15.79% (6)	54.84% (17)	33.33% (23)
	Passé	23.68% (9)	9.68% (3)	17.39% (12)
	Aucun	60.53% (23)	35.48% (11)	49.28% (34)

3.2. Hypothèses sur les difficultés post-migratoires des migrants réguliers et irréguliers

Hypothèse 2 : Les difficultés post-migratoires diffèrent entre les migrants réguliers et irréguliers et elles ont un impact sur la santé mentale des deux groupes.

- Hypothèse 2a : Les migrants irréguliers rencontrent plus de difficultés post-migratoires que les migrants réguliers.⁷
- Hypothèse 2b : Les difficultés post-migratoires ont un impact sur les 4 échelles de santé mentale utilisées, soit le traumatisme, la dépression et l'anxiété, la vision du monde et la résilience.

Afin de déterminer l'influence des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, nous avons choisi de réaliser des analyses de régression linéaire. Celles-ci porteront à la fois sur l'échantillon total, pour répondre à notre question de recherche, mais également sur les deux groupes séparément, afin d'obtenir davantage de précisions. Il faut cependant noter que la prudence est de mise pour l'utilisation des régressions sur certaines de nos variables non normales, en l'absence d'alternative non-paramétrique. Par ailleurs, nous avons décidé d'effectuer nos analyses avec la variable de gravité des difficultés post-migratoires, plutôt que celle du nombre de difficultés post-migratoires, étant donné que cette méthode d'évaluation du questionnaire PMLD décrit plus précisément cette variable et est plus discriminative.

3.2.1. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour tout l'échantillon

Afin d'envisager l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, nous avons réalisé des analyses de régression portant sur les 4 mesures de santé mentale utilisées dans notre recherche : le traumatisme, la vision du monde, l'anxiété et la dépression, et enfin la résilience. Le Tableau 7 se réfère aux résultats obtenus.

- Traumatisme : La régression linéaire entre les difficultés post-migratoires et le total du PCL est *significative* ($F = 98.05$; $p = <0.0001$). Le résultat obtenu ($R^2 = 0.5941$) indique que 59.41 % de la variabilité du niveau de traumatisme serait expliquée par les difficultés post-migratoires.
- Vision du monde : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et la vision du monde sont *significatives* ($F = 15.23$, $p = 0.0002$; $F = 11.34$, $p = 0.0013$; $F = 8.38$, $p = 0.0052$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.1898$; $R^2 = 0.1486$; $R^2 = 0.1142$) indiquent que 18.98 % de la variabilité de la vision du monde, 14.86 % de la variabilité du sentiment de contrôle et 11.42 % de la variabilité du sentiment de sécurité seraient expliquées par les difficultés post-migratoires.

⁷ L'Hypothèse 2a ayant déjà été éprouvée dans les analyses précédentes, nous ne la retesterons plus dans cette partie.

- Anxiété et dépression : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et l'anxiété et la dépression sont *significatives* ($F = 65.13$, $p = <0.0001$; $F = 49.36$, $p = <0.0001$; $F = 65.51$, $p = <0.0001$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.5005$; $R^2 = 0.4316$; $R^2 = 0.5019$) indiquent que 50.05 % de la variabilité de la dépression et de l'anxiété combinées, 43.16 % de la variabilité de l'anxiété et 50.19 % de la variabilité de la dépression seraient expliquées par les difficultés post-migratoires.
- Résilience : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et la résilience sont *significatives* ($F = 7.06$, $p = 0.0099$; $F = 6.12$, $p = 0.0160$; $F = 4.14$, $p = 0.0459$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.0979$; $R^2 = 0.0860$; $R^2 = 0.0599$) indiquent que 9.79 % de la variabilité de la résilience totale, 8.6 % de la variabilité de la résilience personnelle et 5.99 % de la variabilité de la résilience relationnelle seraient expliquées par les difficultés post-migratoires.
- En résumé, nous pouvons conclure que la gravité des difficultés post-migratoires influence significativement l'ensemble des mesures de santé mentale, pour tout l'échantillon. Ainsi, les difficultés post-migratoires auraient un impact sur le niveau de traumatisme, la vision du monde, le sentiment de contrôle et de sécurité, les niveaux de dépression et d'anxiété, et les niveaux de résilience totale, personnelle et relationnelle, pour l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 7 : Régressions linéaires de l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour tout l'échantillon

Variable	Échantillon total				
	F	p	R^2	Coefficient de régression β	DDL
Total PCL	98.05	<0.0001 *	0.5941	0.9939	1 ; 67
Total WAQ	15.23	0.0002 *	0.1898	0.1331	1 ; 65
Contrôle WAQ	11.34	0.0013 *	0.1486	0.0737	1 ; 65
Sécurité WAQ	8.38	0.0052 *	0.1142	0.0594	1 ; 65
Total HSCL	65.13	<0.0001 *	0.5005	0.0347	1 ; 65
Total Anxiété	49.36	<0.0001 *	0.4316	0.0338	1 ; 65
Total Dépression	65.51	<0.0001 *	0.5019	0.0353	1 ; 65
Total ARM	7.06	0.0099 *	0.0979	-0.2424	1 ; 65
ARM personnelle	6.12	0.0160 *	0.0860	-0.1380	1 ; 65
ARM relationnelle	4.14	0.0459 *	0.0599	-0.1043	1 ; 65

* $p < 0.05$: impact significatif

3.2.2. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, par groupe

Afin de préciser les résultats obtenus à l'analyse précédente, nous avons souhaité mesurer l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale pour chacun de nos deux groupes. Nous avons donc réalisé des analyses de régression portant sur les 4 mesures de santé mentale utilisées dans notre recherche : le traumatisme, la vision du monde,

l'anxiété et la dépression, et enfin la résilience, d'une part dans le groupe des migrants réguliers, d'autre part dans le groupe des migrants irréguliers. Les Tableaux 8 et 9 se réfèrent aux résultats obtenus.

3.2.2.1. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale pour les migrants réguliers

- Traumatisme : La régression linéaire entre les difficultés post-migratoires et le total du PCL est *significative* ($F = 31.14$; $p = <0.0001$). Le résultat obtenu ($R^2 = 0.4638$) indique que 46.38 % de la variabilité du niveau de traumatisme serait expliquée par les difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers.
- Vision du monde : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et la vision du monde totale et le sentiment de sécurité sont *significatives* ($F = 5.49$, $p = 0.0251$; $F = 4.27$, $p = 0.0465$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.1391$; $R^2 = 0.1115$) indiquent que 13.91 % de la variabilité de la vision du monde totale et 11.15 % de la variabilité du sentiment de sécurité seraient expliquées par les difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers. En revanche, la régression linéaire entre les difficultés post-migratoires et le sentiment de contrôle n'est *pas significative* ($F = 2.67$, $p = 0.1114$) pour les migrants réguliers.
- Anxiété et dépression : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et l'anxiété et la dépression sont *significatives* ($F = 19.82$, $p = <0.0001$; $F = 14.69$, $p = 0.0005$; $F = 21.68$, $p = <0.0001$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.3682$; $R^2 = 0.3017$; $R^2 = 0.3894$) indiquent que 36.82 % de la variabilité de la dépression et de l'anxiété combinées, 30.17 % de la variabilité de l'anxiété et 38.94 % de la variabilité de la dépression seraient expliquées par les difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers.
- Résilience : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et la résilience totale et la résilience relationnelle sont *significatives* ($F = 7.39$, $p = 0.0103$; $F = 7.47$, $p = 0.0099$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.1785$; $R^2 = 0.1802$) indiquent que 17.85 % de la variabilité de la résilience totale et 18.02 % de la variabilité de la résilience relationnelle seraient expliquées par les difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers. En revanche, la régression linéaire entre les difficultés post-migratoires et la résilience personnelle n'est *pas significative* ($F = 2.73$; $p = 0.1076$) pour les migrants réguliers.

Tableau 8 : Régressions linéaires de l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour les migrants réguliers

Variable	Migrants réguliers				
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	Coefficient de régression β	DDL
Total PCL	31.14	<0.0001 *	0.4638	0.8137	1 ; 36
Total WAQ	5.49	0.0251 *	0.1391	0.1057	1 ; 34
Contrôle WAQ	2.67	0.1114	0.0728	0.0470	1 ; 34
Sécurité WAQ	4.27	0.0465 *	0.1115	0.0588	1 ; 34
Total HSCL	19.82	<0.0001 *	0.3682	0.0292	1 ; 34
Total Anxiété	14.69	0.0005 *	0.3017	0.0270	1 ; 34
Total Dépression	21.68	<0.0001 *	0.3894	0.0307	1 ; 34
Total ARM	7.39	0.0103 *	0.1785	-0.2699	1 ; 34
ARM personnelle	2.73	0.1076	0.0743	-0.1066	1 ; 34
ARM relationnelle	7.47	0.0099 *	0.1802	-0.1632	1 ; 34

* $p < 0.05$: impact significatif

3.2.2.2. Influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale pour les migrants irréguliers

- Traumatisme : La régression linéaire entre les difficultés post-migratoires et le total du PCL est *significative* ($F = 38.53$; $p = <0.0001$). Le résultat obtenu ($R^2 = 0.5705$) indique que 57.05 % de la variabilité du niveau de traumatisme serait expliquée par les difficultés post-migratoires pour les migrants irréguliers.
- Vision du monde : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et la vision du monde ne sont *pas significatives* ($F = 2.86$, $p = 0.1017$; $F = 1.77$, $p = 0.1936$; $F = 2.24$, $p = 0.1455$) pour les migrants irréguliers.
- Anxiété et dépression : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et l'anxiété et la dépression sont *significatives* ($F = 35.00$, $p = <0.0001$; $F = 28.55$, $p = <0.0001$; $F = 26.53$, $p = <0.0001$). Les résultats obtenus ($R^2 = 0.5468$; $R^2 = 0.4961$; $R^2 = 0.4778$) indiquent que 54.68 % de la variabilité de la dépression et de l'anxiété combinées, 49.61 % de la variabilité de l'anxiété et 47.78 % de la variabilité de la dépression seraient expliquées par les difficultés post-migratoires pour les migrants irréguliers.
- Résilience : Les régressions linéaires entre les difficultés post-migratoires et la résilience ne sont *pas significatives* ($F = 0.69$, $p = 0.4123$; $F = 0.08$, $p = 0.7846$; $F = 3.99$, $p = 0.0552$) pour les migrants irréguliers.

Tableau 9 : Régressions linéaires de l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour les migrants irréguliers

Variable	Migrants irréguliers				
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	Coefficient de régression β	DDL
Total PCL	38.53	<0.0001 *	0.5705	1.0516	1 ; 29
Total WAQ	2.86	0.1017	0.0897	0.1349	1 ; 29
Contrôle WAQ	1.77	0.1936	0.0576	0.0658	1 ; 29
Sécurité WAQ	2.24	0.1455	0.0716	0.0691	1 ; 29
Total HSCL	35.00	<0.0001 *	0.5468	0.0438	1 ; 29
Total Anxiété	28.55	<0.0001 *	0.4961	0.0484	1 ; 29
Total Dépression	26.53	<0.0001 *	0.4778	0.0409	1 ; 29
Total ARM	0.69	0.4123	0.0233	0.1978	1 ; 29
ARM personnelle	0.08	0.7846	0.0026	-0.0404	1 ; 29
ARM relationnelle	3.99	0.0552	0.1210	0.2382	1 ; 29

* $p < 0.05$: impact significatif

→ En résumé, nous pouvons conclure que la gravité des difficultés post-migratoires influence significativement le niveau de traumatisme et les niveaux d'anxiété et de dépression pour les deux groupes. En ce qui concerne la vision du monde totale, le sentiment de sécurité, la résilience totale et la résilience relationnelle, nous observons une influence significative des difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers, mais pas pour les migrants irréguliers. En revanche, nous ne retrouvons plus d'influence des difficultés post-migratoires sur le sentiment de contrôle et sur la résilience personnelle, et ce pour les deux groupes.

→ Par conséquent, lorsque nous mesurons l'influence des difficultés post-migratoires sur la santé mentale pour les deux groupes séparément, les résultats sont plus nuancés que pour l'échantillon total. En effet, les difficultés post-migratoires influenceraient différemment les mesures de santé mentale pour les deux groupes.

→ Néanmoins, ces résultats sont à considérer avec prudence, l'absence d'influence de certaines variables pouvant s'expliquer par un manque de puissance dû à l'analyse réalisée sur les deux groupes séparément, et donc ayant des effectifs moins conséquents que pour l'échantillon total.

3.2.3. Fréquence des difficultés post-migratoires par groupe

Nous pouvons nous référer aux Tableaux 10 et 11 afin d'évaluer la fréquence des difficultés post-migratoires pour chaque groupe. Par ailleurs, outre leurs différences quantitatives, ces tableaux illustrent clairement les différentes thématiques opposant les difficultés post-migratoires les plus fréquemment vécues par les migrants réguliers de celles expérimentées par les migrants irréguliers.

Tableau 10 : Tableau de fréquence des difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers [% (N)]

Difficultés post-migratoires	Migrants réguliers (n = 38)
La séparation avec leur famille	71.05% (n=27)
Inquiétudes au sujet de leur famille restée au pays	71.05% (n=27)
Difficultés à obtenir un logement approprié	68.42% (n=26)
Incapacité de retourner dans leur pays d'origine en cas d'urgence	63.16% (n=24)
Difficultés d'emploi	60.53% (n=23)
Difficultés à communiquer	60.53% (n=23)
Solitude, ennui ou isolement	60.53% (n=23)
Manquer d'argent (pour nourriture, loyer, vêtements...)	57.89% (n=22)
Peur d'être renvoyé(e) dans leur pays d'origine	52.63% (n=20)
Difficultés à obtenir une aide financière	50.00% (n=19)
La durée de l'attente de la réponse à leur demande d'asile	50.00% (n=19)
Difficultés à apprendre le français	44.74% (n=17)
Discrimination	39.47% (n=15)
Difficultés avec les services d'immigration	31.58% (n=12)
Accès à des soins pour leurs problèmes de santé	28.95% (n=11)
Conflits avec les travailleurs sociaux et/ou d'autres autorités	18.42% (n=7)
Problèmes avec leur statut de résident et/ou demande d'asile	18.42% (n=7)
Conflits avec leur groupe ethnique ou d'autres groupes ethniques	18.42% (n=7)

Tableau 11 : Tableau de fréquence des difficultés post-migratoires pour les migrants irréguliers [% (N)]

Difficultés post-migratoires	Migrants irréguliers (n = 31)
Difficultés d'emploi	90.32% (n=28)
Peur d'être renvoyé(e) dans leur pays d'origine	90.32% (n=28)
Problèmes avec leur statut de résident et/ou demande d'asile	87.10% (n=27)
Inquiétudes au sujet de leur famille restée au pays	87.10% (n=27)
La durée de l'attente de la réponse à leur demande d'asile	83.87% (n=26)
Manquer d'argent (pour nourriture, loyer, vêtements...)	83.87% (n=26)
Solitude, ennui ou isolement	83.87% (n=26)
Incapacité de retourner dans leur pays d'origine en cas d'urgence	83.87% (n=26)
Accès à des soins pour leurs problèmes de santé	77.42% (n=24)
Difficultés avec les services d'immigration	77.42% (n=24)
Difficultés à obtenir un logement approprié	74.19% (n=23)
La séparation avec leur famille	70.97% (n=22)
Difficultés à obtenir une aide financière	67.74% (n=21)
Discrimination	51.61% (n=16)
Difficultés à communiquer	48.39% (n=15)
Conflits avec les travailleurs sociaux et/ou d'autres autorités	35.48% (n=11)
Difficultés à apprendre le français	35.48% (n=11)
Conflits avec leur groupe ethnique ou d'autres groupes ethniques	25.81% (n=8)

4. Analyses statistiques supplémentaires : effets de l'âge et du sexe

4.1. Évaluation de l'effet de l'âge

Nous avons tenté d'identifier les éventuels effets de l'âge sur la santé mentale et les difficultés post-migratoires au sein de notre échantillon. Pour ce faire, nous avons réalisé le test paramétrique des corrélations de Pearson sur les variables normales, et le test non-paramétrique des corrélations de Spearman sur les variables non normales.

Nous n'avons *pas* pu trouver *de corrélations* significatives entre l'âge et les variables suivantes : la stabilité des revenus, la durée du parcours migratoire, la durée de la procédure d'asile, la gravité des difficultés post-migratoires, le nombre de difficultés post-migratoires, les totaux du PCL, de la WAQ, du HSCL, de l'anxiété, de la dépression et de l'ARM, ainsi que pour les sentiments de contrôle et de sécurité, et enfin les résiliences personnelle et relationnelle. Nos analyses ne nous ont donc pas permis d'identifier de lien entre l'âge et les variables étudiées dans cette recherche.

4.2. Évaluation de l'effet du sexe

Nous avons tenté d'identifier les éventuels effets du sexe sur la santé mentale et les difficultés post-migratoires au sein de notre échantillon. Pour ce faire, nous avons réalisé des ANOVAs doubles selon l'effet du sexe et le statut de séjour. Les détails de ces dernières se trouvent dans les Tableaux 12, 13 et 14, situés dans les Annexes 3.

Selon nos analyses, il y a un effet simple du sexe sur les totaux du HSCL, de l'anxiété et de la dépression, mais il n'y a pas d'effet d'interaction du sexe avec le statut de séjour. Les effets simples de séjour, identifiés préalablement, sont quant à eux toujours présents. Ainsi, les femmes ($M = 2.31$, $ET = 0.83$; $M = 2.35$, $ET = 0.88$; $M = 2.29$, $ET = 0.83$) ont des scores supérieurs aux hommes ($M = 2.01$, $ET = 0.74$; $M = 1.97$, $ET = 0.73$; $M = 2.05$, $ET = 0.80$) en ce qui concerne l'anxiété et la dépression, ce qui est cohérent avec les recherches scientifiques antérieures (Newnham et al., 2019).

En revanche, nous n'avons pas pu trouver d'effets simples du sexe ni d'effets d'interaction du sexe et du statut de séjour pour les variables suivantes : la stabilité des revenus, la durée de la procédure d'asile, la gravité des difficultés post-migratoires, le nombre de difficultés post-migratoires, les totaux du PCL, de la WAQ et de l'ARM, les sentiments de contrôle et de sécurité, ainsi que les résiliences personnelle et relationnelle.

5. Conclusions

Hypothèse 1 : La santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers.

- **Hypothèse 1a** : Les niveaux de traumatisme sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

Le test U de Mann-Whitney indique qu'il existe une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les scores totaux obtenus au PCL-5. Les scores de traumatisme sont statistiquement plus élevés pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers.

Le test exact de Fisher confirme ce résultat en démontrant qu'il existe une différence significative entre les migrants réguliers et irréguliers pour la prévalence de traumatisme. Ainsi, dans notre échantillon, nous avons pu observer une prévalence de 37 % de TSPT au sein du groupe des migrants réguliers, tandis que celle-ci s'élevait à 90 % pour les migrants irréguliers.

- **Hypothèse 1b** : Les niveaux de dépression et d'anxiété sont plus élevés dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

Grâce au test U de Mann-Whitney, nous avons pu observer des différences significatives entre les deux groupes pour les scores totaux de dépression, d'anxiété, et des deux troubles combinés. Les scores d'anxiété et de dépression sont statistiquement plus élevés pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers.

Le test exact de Fisher confirme ce résultat en démontrant qu'il existe une différence significative entre les migrants réguliers et irréguliers pour la prévalence de dépression, d'anxiété, et des deux troubles combinés. Ainsi, dans notre échantillon, nous avons pu observer une prévalence de 44 % d'anxiété pour les migrants réguliers, contre 90 % pour les migrants irréguliers. En ce qui concerne la dépression, ces taux s'élevaient à 44 % pour les migrants réguliers et à 94 % pour les migrants irréguliers.

- **Hypothèse 1c** : La vision du monde des migrants irréguliers est plus négative que celle des migrants réguliers.

Le test t de Student a démontré qu'il existait des différences significatives entre les deux groupes en ce qui concerne les scores totaux obtenus à la WAQ et le sentiment de contrôle mesuré par la WAQ. En revanche, nous n'avons pas pu prouver de différence significative entre les deux groupes pour le sentiment de sécurité mesuré par la WAQ.

La vision du monde est statistiquement plus négative pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Plus spécifiquement, celle-ci concernerait le sentiment de

contrôle, qui serait moindre chez les migrants irréguliers. En revanche, le sentiment de sécurité ne varierait pas entre les deux groupes.

- Hypothèse 1d : Les niveaux de résilience sont plus faibles dans le groupe des migrants irréguliers que dans celui des migrants réguliers.

L'utilisation du test t de Student nous a permis de constater l'existence de différences significatives entre les deux groupes pour les scores totaux obtenus à l'ARM-R et pour les scores de résilience personnelle.

En revanche, le test U de Mann-Whitney ne nous permet pas d'identifier de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la résilience relationnelle.

Les niveaux de résilience totale sont statistiquement plus élevés pour les migrants réguliers que pour les migrants irréguliers. Plus spécifiquement, celle-ci concernerait la résilience personnelle, qui serait plus importante pour les migrants réguliers. En revanche, la résilience relationnelle ne varierait pas entre les deux groupes.

Ces résultats ne sont pas confirmés par le test khi-carré d'indépendance, qui n'a pas pu prouver de différence significative entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en ce qui concerne la prévalence des différents types de résilience.

Conclusion Hypothèse 1 : En accord avec notre première hypothèse, nos résultats ont montré que la santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers, avec des niveaux plus élevés de traumatisme, d'anxiété et de dépression, une vision du monde globalement plus négative, un sentiment de contrôle moindre, et une résilience totale et personnelle plus faibles. Cependant, nous n'avons pas pu trouver de différence entre les deux groupes pour le sentiment de sécurité et la résilience relationnelle.

Hypothèse 2 : Les difficultés post-migratoires diffèrent entre les migrants réguliers et irréguliers et elles ont un impact sur la santé mentale des deux groupes.

- Hypothèse 2a : Les migrants irréguliers rencontrent plus de difficultés post-migratoires que les migrants réguliers.

Grâce au test t de Student, nous avons pu constater qu'il existe une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la gravité des difficultés post-migratoires.

Par ailleurs, le test U de Mann-Whitney permet également d'observer une différence significative entre les deux groupes pour le nombre de difficultés post-migratoires.

Le nombre et la gravité des difficultés post-migratoires sont statistiquement plus élevés pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Dans notre échantillon, les migrants réguliers rencontraient environ 8 difficultés post-migratoires en Belgique, tandis que ce chiffre s'élevait à 12 pour les migrants irréguliers.

De plus, le test U de Mann-Whitney indique également qu'il existerait des différences significatives entre les deux groupes pour les variables de stabilité des revenus et de durée de la procédure d'asile.

Les revenus des migrants réguliers sont significativement plus stables que ceux des migrants irréguliers. La durée de la procédure d'asile est statistiquement plus longue pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Dans notre échantillon, elle était d'un peu moins de deux ans en moyenne pour les migrants réguliers, alors qu'elle dépassait les 3 ans pour les migrants irréguliers.

Enfin, le test khi-carré d'indépendance a pu montrer l'existence de différences significatives entre les migrants réguliers et irréguliers en ce qui concerne la source des revenus et l'accompagnement psychologique.

Ainsi, nous avons pu observer que seuls 13 % des migrants irréguliers de notre échantillon avaient un travail, contre 37 % pour les migrants réguliers. Aussi, nous observons que 53 % des migrants réguliers bénéficient d'une aide sociale, contre seulement 16 % des migrants irréguliers. Enfin, 68 % des migrants irréguliers n'ont aucune source de revenus, contre 5 % pour les migrants réguliers.

En ce qui concerne l'accompagnement psychologique des deux groupes, nous constatons que 55 % des migrants irréguliers sont actuellement en suivi, contre 16 % des migrants réguliers. Enfin, 35 % des migrants irréguliers n'ont jamais consulté, contre 61 % pour les migrants réguliers.

Enfin, outre ces différences quantitatives, nous avons pu observer différentes thématiques dans les difficultés post-migratoires rencontrées en Belgique par les deux groupes. En effet, nous observons que les obstacles les plus fréquemment rapportés par les deux groupes diffèrent. D'une part, les difficultés post-migratoires les plus souvent évoquées par les migrants réguliers concernent la séparation de leur famille et les inquiétudes à leur sujet (71 %), puis les difficultés à obtenir un logement approprié (68 %), et enfin l'incapacité à rentrer dans son pays d'origine en cas d'urgence (63 %). D'autre part, les difficultés les plus rapportées par les migrants irréguliers concernent les difficultés liées à l'emploi et à la peur d'être renvoyé dans leur pays d'origine (90 %), suivies par les problèmes liés à la demande d'asile et les inquiétudes envers la famille restée dans le pays d'origine (87 %).

- **Hypothèse 2b** : Les difficultés post-migratoires ont un impact sur les 4 échelles de santé mentale utilisées, soit le traumatisme, la dépression et l'anxiété, la vision du monde et la résilience.

Les régressions linéaires portant sur tout l'échantillon ont permis de montrer une influence significative de la gravité des difficultés post-migratoires sur l'ensemble des mesures de santé mentale étudiées. Ainsi, les difficultés post-migratoires impactent significativement le niveau de traumatisme, la vision du monde, le sentiment de contrôle et de sécurité, les niveaux de dépression et d'anxiété, et les niveaux de résilience totale, personnelle et relationnelle, pour l'ensemble de l'échantillon.

En revanche, ces résultats peuvent être nuancés lorsque ces régressions linéaires sont appliquées sur chacun des deux groupes. La gravité des difficultés post-migratoires influence toujours significativement le niveau de traumatisme et les niveaux d'anxiété et de dépression pour les deux groupes. En ce qui concerne la vision du monde totale, le sentiment de sécurité, la résilience totale et la résilience relationnelle, nous observons une influence significative des difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers, mais pas pour les migrants irréguliers. Enfin, nous ne retrouvons plus d'influence des difficultés post-migratoires sur le sentiment de contrôle et sur la résilience personnelle, et ce pour les deux groupes.

Conclusion Hypothèse 2 : En accord avec notre seconde hypothèse, nos résultats ont montré que les difficultés post-migratoires sont différentes entre les deux groupes. Elles sont plus graves et plus nombreuses pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Elles portent également sur des thématiques différentes entre les deux groupes. Aussi, nous avons observé que les difficultés post-migratoires ont un impact significatif sur la santé mentale des populations migrantes. En revanche, les difficultés post-migratoires influenceraient différemment la santé mentale des deux groupes.

VI. Interprétation et discussion

L'objectif de ce mémoire était de contribuer à l'avancement de la recherche concernant la santé mentale des populations migrantes en Belgique. Dans cette optique, nous avons comparé deux groupes distincts : les migrants réguliers et les migrants irréguliers. Nous avons tenté d'évaluer les différences entre ces deux groupes en termes de santé mentale et de vécu post-migratoire. Pour réaliser ces comparaisons, nous avons mesuré les niveaux de traumatisme, de dépression, d'anxiété, de résilience, et de vision du monde de ces deux populations. Nous nous sommes aussi intéressés aux difficultés post-migratoires en lien avec les procédures d'asile, le logement, la santé, le travail, la famille, la solitude, ou encore la discrimination. Enfin, nous avons également questionné notre échantillon sur des variables telles que l'accompagnement psychologique, la durée du parcours migratoire, la source et la stabilité des revenus, ou encore la durée de la procédure d'asile.

Dans ce chapitre, nous discuterons les résultats de nos analyses statistiques, que nous mettrons en parallèle de nos hypothèses initiales, mais également en regard de la littérature scientifique présentée dans la première partie de ce mémoire. Ensuite, nous tenterons de mettre en avant l'intérêt de cette recherche, mais également ses limites méthodologiques. Enfin, nous conclurons ce chapitre sur les implications cliniques, politiques et sociétales de notre étude, et nous proposerons quelques pistes de réflexion pour de futures perspectives de recherche.

1. Analyse et interprétation des résultats

1.1. Discussion de la première hypothèse

1.1.1. Hypothèse 1a

Trouble de stress post-traumatique, migration régulière et irrégulière

Comme nous l'avons imaginé, nous observons des niveaux plus élevés de trouble de stress post-traumatique dans notre échantillon pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Cette différence de TSPT pourrait s'expliquer de différentes manières : soit les migrants irréguliers sont davantage exposés à des événements traumatiques durant leur parcours prémigratoire, soit durant leur parcours péri-migratoire, soit après leur réinstallation dans le pays d'accueil, dans la phase post-migratoire. Ces trois hypothèses restent largement discutées dans la recherche scientifique actuelle (Knefel et al., 2020 ; Steel et al., 2017). Cela étant dit, il est important de rappeler que ces pistes d'explication ne sont pas mutuellement exclusives. Ainsi, une éventuelle interaction entre ces différents phénomènes pourrait être envisagée pour appréhender les différences de trouble de stress post-traumatique entre les migrants réguliers et irréguliers.

En premier lieu, certains auteurs mettent en évidence la prévalence élevée de TSPT suite à des expériences traumatisantes vécues dans le pays d'origine (Sinnerbrink et al., 1997). Ainsi, lors de la période prémigratoire, les migrants irréguliers rencontreraient davantage d'adversités. L'hypothèse la plus répandue serait alors que les personnes les plus traumatisées expérimenteraient davantage de difficultés dans l'obtention de leur statut de protection, de par leur symptomatologie et les spécificités de la procédure d'asile, avec des obstacles liés à la cohérence ou à la chronologie de leur récit. Ainsi, comme nous l'avons rapporté dans notre revue de la littérature, de nombreux demandeurs d'asile, traumatisés par les expériences vécues dans leur pays d'origine, n'obtiendraient pas leur statut et se retrouveraient par conséquent contraints de choisir la voie de l'irrégularité (Cummins, 2012 ; Masinda, 2004).

En deuxième lieu, un phénomène similaire se produirait durant la période péri-migratoire, caractérisée par davantage d'adversités pour les migrants irréguliers. Diverses études mettent par ailleurs en évidence la dangerosité des routes empruntées par les migrants irréguliers, la durée prolongée de leur déplacement, l'insécurité des transports pratiqués, le risque élevé d'extorsion par des passeurs malintentionnés, les réseaux de trafic d'être humain,... (Sullivan & Rehm, 2005). En comparaison, les routes migratoires empruntées par les migrants réguliers seraient plus sûres, et les transports menant au pays d'accueil pourraient également se limiter à un trajet en avion (Nickerson et al., 2019). De plus, la durée du parcours migratoire semblerait également plus longue pour les migrants irréguliers (Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019), ce qui a également pu être observé dans notre échantillon avec une durée inférieure à un an pour les migrants réguliers et supérieure à un an pour les migrants irréguliers. Le parcours péri-migratoire serait donc, selon ces différentes théories, plus prompt à induire un trouble de stress post-traumatique dans le cas de la migration irrégulière (Giacco et al., 2018).

En dernier lieu, l'hypothèse que nous défendons dans ce mémoire serait que cette différence entre migrants réguliers et irréguliers en termes de TSPT serait prioritairement induite par le parcours post-migratoire différentiel entre ces deux groupes. Certains auteurs ont par ailleurs récemment mis en évidence que les difficultés rencontrées dans le pays d'accueil auraient davantage d'impact sur le traumatisme que les expériences antérieures dans le pays d'origine (Carswell et al., 2011 ; Li et al., 2016 ; Zimbrea et al., 2014). De plus, l'évolution du TSPT dépendrait largement des conditions d'accueil lors de la réinstallation. (Schweitzer et al., 2011 ; Silove et al., 2000). Ainsi, de nombreuses études ont mis la lumière sur un phénomène interpellant de « retraumatisation » dans les pays occidentaux, suite à des mauvaises conditions d'accueil en termes de procédure d'asile, de logement, d'emploi, d'intégration ou encore de discrimination (Posselt et al., 2020). Les migrants irréguliers, étant davantage exposés à ces obstacles (Garcini et al., 2017), développeraient ainsi des symptômes de TSPT plus sévères que leurs homologues en situation régulière.

Prévalence du trouble de stress post-traumatique

En ce qui concerne les taux de traumatisme de notre échantillon, nous avons pu observer une prévalence de 37 % de TSPT au sein du groupe des migrants réguliers, tandis que celle-ci s'élevait à 90 % pour les migrants irréguliers. Ces résultats sont en partie corroborés par la littérature. En effet, certaines études menées en Australie avaient pu démontrer des différences similaires de stress post-traumatique entre des migrants au statut précaire et des migrants au statut stable (Momartin et al., 2006 ; Nickerson et al., 2011). Cependant, à notre connaissance, aucune de ces études ne portait spécifiquement sur les migrants irréguliers.

Par ailleurs, les niveaux de prévalence de TSPT des populations migrantes ne font pas consensus dans la littérature actuelle, ceux-ci oscillant entre 3 % et 86 % selon les études (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005). Néanmoins, une estimation généralement admise situerait ceux-ci autour de 30 à 35 % (Steel et al., 2009). Ce taux semble correspondre à nos résultats pour les migrants réguliers, tandis qu'il est bien supérieur dans notre échantillon pour les migrants irréguliers. Ces différences pourraient s'expliquer de différentes manières.

Tout d'abord, il est possible que ces niveaux élevés mesurés au sein du groupe des migrants irréguliers soient dus à des biais inhérents à notre étude, tels que des biais d'échantillonnage, ou une sur-déclaration des symptômes. Cela semble peu probable, étant donné que ces biais devraient également toucher notre second groupe, or cela ne s'observe pas dans le cas des migrants réguliers.

Ensuite, il est envisageable que les migrants irréguliers soient particulièrement vulnérables au développement d'un stress post-traumatique, de par leur situation instable et leurs conditions de vie précaires, ou encore par d'autres facteurs externes non identifiés dans ce mémoire. Étant donné leur faible représentativité dans les études de prévalence menées auprès des populations migrantes, nous pourrions par conséquent nous attendre à une sous-estimation des statistiques générales en santé mentale pour ce groupe en particulier.

Enfin, une dernière explication pourrait s'orienter vers la spécificité du contexte migratoire belge. Des niveaux élevés de trouble de stress post-traumatique au sein du groupe de migrants irréguliers pourraient être accentués parmi les personnes réinstallées en Belgique, et s'observer dans de moindres proportions au sein d'autres pays, caractérisés par des cadres légaux et politiques différents en matière de migration irrégulière. Ainsi, ces différences de prévalence pourraient s'expliquer par les mesures politiques et les conditions d'accueil belges.

Pour conclure, il nous semble important de souligner que les niveaux de TSPT obtenus par les migrants réguliers dans notre échantillon (37 %) sont particulièrement élevés par rapport à la prévalence observée dans la population générale (1 à 3 %), comme cela a pu être démontré dans des études antérieures (Schweitzer et al., 2011). Bien qu'il ne s'agisse pas de notre hypothèse principale, ces chiffres nous permettent de déduire que l'effet réparateur de la

décision positive et de l'octroi de l'asile n'effacerait pas pour autant les traumatismes subis avant, pendant, ou après la migration. Ainsi, bien que les niveaux de TSPT des migrants réguliers semblent moindres que ceux des migrants irréguliers dans notre échantillon, ils nécessitent néanmoins une attention particulière et une prise en charge adaptée.

1.1.2. Hypothèse 1b

Troubles anxieux et dépressifs, migration régulière et irrégulière

Comme nous l'avions imaginé, nous observons des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression dans notre échantillon pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Ces résultats sont en adéquation avec les précédentes recherches mettant en évidence une association entre l'insécurité du statut de séjour et les troubles anxieux et dépressifs (Newnham et al., 2019). Cette différence entre migrants réguliers et irréguliers pourrait s'expliquer par la combinaison de nombreux obstacles rencontrés dans le pays d'accueil.

D'une part, nous avons mis en avant l'importance de l'emploi. Les études menées à ce propos ont permis d'identifier un risque de trouble dépressif majeur deux fois plus élevé pour les migrants sans emploi (Hocking et al., 2015). Or, comme nous avons pu le mettre en évidence, l'accès au travail est bien plus ardu dans le cas de la migration irrégulière, avec un accès limité au permis de travail, davantage d'exploitation et des conditions de travail précaires (Heeren et al., 2014). De plus, d'autres recherches ont mis en évidence la relation entre des scores élevés d'anxiété et la pauvreté (Silove et al., 1997). Or, à nouveau, les migrants irréguliers sont généralement exposés à des difficultés financières importantes, de par leur absence de statut et l'instabilité de leur situation (Croix-Rouge de Belgique, 2014). Cela a également pu être observé dans notre étude, avec davantage d'instabilité des revenus pour les migrants irréguliers. Aussi, la source des revenus variait entre nos deux groupes, une majorité des migrants réguliers percevant leurs revenus grâce au travail (37 %) et aux aides sociales (53 %), tandis que la plupart des migrants irréguliers n'avaient quant à eux aucune source de revenus (68 %).

D'autre part, l'isolement social, la solitude et l'ennui ont également été identifiés par la recherche comme influençant particulièrement les symptômes de dépression et d'anxiété (Burnett & Peel, 2001). Or, différents auteurs ont mis en évidence les difficultés d'intégration dans la société d'accueil des populations irrégulières (Garcini et al., 2017). Par ailleurs, d'autres études ont démontré que les migrants irréguliers disposaient d'un réseau social plus limité que les migrants réguliers (Sullivan & Rehm, 2005). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une de nos hypothèses, nous pouvons également observer dans notre échantillon qu'un grand nombre de personnes étaient séparées de leur famille proche, avec la présence de leur conjoint et d'un ou plusieurs de leurs enfants à l'étranger, généralement restés dans le pays d'origine.

Enfin, de nombreux autres stressseurs ont pu être identifiés dans la littérature scientifique comme étant la source de symptômes anxieux ou dépressifs au sein des populations migrantes, tels que le logement, la procédure d'asile, la discrimination ou le racisme dans la société d'accueil (Burnett & Peel, 2001). Ces divers exemples permettent à nouveau d'apporter des éléments de réponse pour expliquer les différences observées entre les deux groupes. En effet, les migrants irréguliers sont confrontés à davantage de difficultés pour se loger, souvent installés dans des logements insalubres, payant des loyers anormalement élevés, et exposés aux dérives des marchands de sommeil (Fennelly, 2004). De plus, ils sont engagés dans des procédures d'asile et de régularisation souvent longues et complexes, pouvant s'avérer relativement coûteuses en énergie, en temps et en argent (Laban et al., 2008). Enfin, la migration irrégulière fait souvent l'objet de débats, de critiques et de rejet au niveau sociétal, éveillant l'hostilité du public (Sullivan & Rehm, 2005). Ainsi, il est relativement fréquent que les migrants irréguliers soient victimes de racisme et de discrimination dans la communauté d'accueil (Lambert & Swerts, 2019).

Pour conclure, il est à nouveau essentiel de préciser que ces multiples facteurs sont susceptibles d'avoir un effet cumulatif, et d'impacter également certains migrants réguliers. Il faut donc prendre en compte leurs interactions afin de mieux appréhender leurs effets sur les symptômes de dépression et d'anxiété présents chez les migrants réguliers et irréguliers.

Prévalence des troubles anxieux et dépressifs

En ce qui concerne les prévalences d'anxiété et de dépression de notre échantillon, nous avons pu observer qu'elles s'élevaient à 44 % pour les migrants réguliers, tandis qu'elles étaient respectivement à 90 % et 94 % pour les migrants irréguliers. Ces résultats correspondent à nouveau partiellement aux données retrouvées dans la littérature scientifique.

Tout comme le TSPT, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs ne fait pas consensus dans la recherche. Ainsi, nous observons une variation allant de 4 % à 88 % selon les études pour l'anxiété, et un écart encore plus large de 2.3 % à 80 % pour la dépression (Bogic et al., 2015 ; Fazel et al., 2005). Tandis que les prévalences observées dans le groupe de migrants réguliers de notre échantillon semblent correspondre aux données observées dans plusieurs études (Lindert et al., 2009), cela n'est pas le cas pour les migrants irréguliers. En effet, à nouveau, ces derniers obtiennent des résultats légèrement supérieurs à ceux mesurés dans les études de prévalence de l'anxiété et de la dépression. Cette différence pourrait également trouver sa source dans l'une des trois explications précédemment mises en évidence pour le trouble de stress post-traumatique.

Pour conclure, il nous semble important de souligner que les niveaux d'anxiété et de dépression obtenus par les migrants réguliers dans notre échantillon (44 %) sont

particulièrement élevés par rapport à la prévalence observée dans la population belge (11 % pour l'anxiété et 9 % pour la dépression [Sciensano, 2018]). Bien qu'il ne s'agisse pas de notre hypothèse principale, ces chiffres nous permettent de déduire que malgré l'octroi d'un statut de protection, les personnes en situation régulière restent confrontées à un certain nombre de stressors quotidiens. Ainsi, bien que les niveaux de dépression et d'anxiété des migrants réguliers semblent moindres que ceux des migrants irréguliers dans notre échantillon, ils nécessitent néanmoins une attention particulière.

1.1.3. Hypothèse 1c

Vision du monde, migration régulière et irrégulière

Comme nous l'avions imaginé, nous observons une vision du monde globalement plus négative et un sentiment de contrôle moindre pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers dans notre échantillon. En revanche, nous n'avons pas pu trouver de différence entre les deux groupes pour le sentiment de sécurité. Ces résultats sont inédits, aucune autre étude n'ayant comparé le « monde supposé » de ces deux populations auparavant, à notre connaissance.

Selon nous, les différences entre migrants réguliers et irréguliers pourraient s'expliquer par la « théorie des hypothèses brisées » (*Shattered Assumptions Theory*) développée par Janoff-Bulman (1989). Comme nous l'avons présenté dans notre revue de la littérature, cette théorie postule que l'expérience d'événements traumatisants induirait un bouleversement des croyances fondamentales des sujets impliqués, impactant par conséquent leur monde supposé. Dans cette étude, nous avons fait le choix d'étudier deux domaines du monde supposé de notre échantillon : la sécurité et la vulnérabilité d'une part, la contrôlabilité des événements d'autre part. En effet, ces deux systèmes de croyance nous semblaient être pertinents dans le contexte migratoire. En regard de ces éléments théoriques, nos résultats sont surprenants.

D'un côté, les différences observées entre nos deux groupes pour la vision du monde globale et le sentiment de contrôle sont en adéquation avec les recherches scientifiques menées sur la « théorie des hypothèses brisées » (Ter Heide et al., 2017). En effet, elles mettent en évidence le fait que la population la plus traumatisée de notre échantillon, nommément les migrants irréguliers, arbore une vision du monde plus négative, principalement due au bouleversement de la croyance fondamentale de contrôlabilité des événements. Ce résultat fait sens avec nos observations : nous avons pu noter que les personnes en situation irrégulière se trouvent régulièrement dans un contexte de réinstallation instable et des conditions de vie précaire. Par ailleurs, comme nous l'avons souligné préalablement dans notre Hypothèse 1a, elles rencontrent davantage de difficultés pré-migratoires, péri-migratoires et post-migratoires susceptibles d'induire un traumatisme.

Enfin, nous pouvons inférer que ces périodes d'adversité, caractérisées par une trajectoire migratoire semée d'embûches, la non-reconnaissance de leur statut, le non-respect de leurs droits, ou encore l'absence d'accès aux services publics de la société d'accueil, sont autant d'évènements susceptibles d'induire un sentiment de perte de contrôle au sein de la population irrégulière. Ainsi, les résultats portant sur la vision du monde et la contrôlabilité des événements trouvent leur sens dans la théorie développée par Janoff-Bulman (1989).

D'un autre côté, les résultats observés pour le second domaine étudié du monde supposé, le sentiment de sécurité, nous surprennent davantage. En effet, ceux-ci indiquent que la sécurité et la vulnérabilité ne varieraient pas entre les migrants réguliers et irréguliers. Or, ce constat va à l'encontre de notre hypothèse initiale, selon laquelle les personnes en situation irrégulière se sentiraient davantage vulnérables et en insécurité. Ces résultats sont étonnants et nous permettent d'imaginer plusieurs explications afin d'interpréter cette absence de différence.

Premièrement, ces résultats pourraient indiquer que les migrants réguliers ont un sentiment de sécurité plus faible que ce que nous avons imaginé. Nous pourrions ainsi supposer que, malgré l'obtention d'un statut de séjour en Belgique, les personnes reconnues continuent de vivre dans un contexte d'insécurité et que leur sentiment de vulnérabilité se perpétue. Cela fait sens lorsque nous mettons ces résultats en regard des difficultés post-migratoires les plus fréquemment évoquées dans notre échantillon par les migrants réguliers. En effet, plus de la moitié d'entre eux déclarent avoir peur d'être renvoyés dans leur pays d'origine, et ce malgré l'octroi de la protection sur le territoire belge. De plus, 68 % indiquent avoir des difficultés à obtenir un logement, 61 % évoquent des difficultés d'emploi, et 58 % manquent d'argent pour l'achat de produits de première nécessité. Ainsi, nous pouvons inférer que ces difficultés post-migratoires pourraient influencer leur sentiment de sécurité et de vulnérabilité. Les implications de cette hypothèse seraient conséquentes, si celle-ci se vérifiait, car elles mettraient en exergue le fait que l'obtention d'un statut de séjour stable n'est pas toujours synonyme de sécurité, et que de nombreux migrants reconnus évolueraient dans un contexte de vulnérabilité en Belgique. Il faut aussi noter la présence de symptômes de stress post-traumatique pour 37 % des migrants réguliers de notre échantillon, le TSPT pouvant également servir de facteur explicatif à ce sentiment d'insécurité et de vulnérabilité.

Deuxièmement, ces résultats pourraient indiquer que les migrants irréguliers ont un sentiment de sécurité plus élevé que ce que nous avons imaginé. Nous pourrions ainsi supposer que, malgré l'absence de statut de séjour valide en Belgique, les personnes en situation irrégulière éprouveraient un sentiment de sécurité et de vulnérabilité équivalent à leurs homologues en situation régulière. Cela pourrait faire sens en prenant du recul pour envisager leur parcours de manière globale. En effet, nous avons pu démontrer que les migrants irréguliers étaient confrontés à des difficultés majeures tout au long de leur

trajectoire migratoire : un contexte d'adversité dans le pays d'origine, une durée prolongée du parcours migratoire, de nombreux risques tout au long de la route migratoire, ainsi qu'une série d'obstacles à l'arrivée dans le pays d'accueil. Suite à ces événements, les migrants ayant choisi la voie de l'irrégularité peuvent alors se retrouver plusieurs années, voire dizaine d'années, en Belgique, sans reconnaissance de leur statut ni obtention d'un titre de séjour. Par ailleurs, certaines études ont mis en évidence un phénomène de banalisation de la violence structurelle, politique et économique dirigée vers les migrants irréguliers (Álvarez, 2016). Grâce à ces éléments de contexte, nous pourrions être amenés à penser que le sentiment de sécurité s'améliorerait progressivement au sein de ces populations précaires, résultant du départ du pays d'origine et de la fin du trajet migratoire, des contextes hautement insécures. De plus, une normalisation des obstacles vécus quotidiennement et une installation prolongée, durant de nombreuses années, dans un contexte légal pourtant précaire, pourraient également susciter une diminution du sentiment de vulnérabilité au cours du temps.

Troisièmement, ces résultats pourraient être la conséquence d'un facteur externe, non étudié dans notre étude, ou de biais méthodologiques n'ayant pas pu être neutralisés.

1.1.4. Hypothèse 1d

Résilience, migration régulière et irrégulière

Comme nous l'avons imaginé, nous observons une résilience totale et une résilience personnelle plus faibles dans notre échantillon pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. En revanche, nous n'avons pas pu trouver de différence entre les deux groupes pour la résilience relationnelle. Ces résultats sont inédits, aucune autre étude n'ayant comparé les niveaux de résilience de ces deux populations auparavant, à notre connaissance.

Selon nous, les différences entre migrants réguliers et irréguliers pourraient s'expliquer par la théorie *Drive to Thrive* développée par Hou et al. (2018). Comme nous l'avons présenté dans notre revue de la littérature, cette théorie postule que la résilience est déterminée par le maintien de la régularité et de la structure de l'environnement quotidien, suite à l'expérience d'événements traumatisants. Ces auteurs soulignent également la contribution du traumatisme dans l'altération des routines primaires (en lien avec la survie : sommeil, alimentation, hygiène...) et secondaires (en lien avec les activités professionnelles, sociales, sportives...). Cette théorie conclut ainsi que dans des conditions précaires, telles que le contexte post-migratoire, une réduction de la régularité des routines quotidiennes serait associée à une santé mentale et des capacités de résilience plus faibles (Hou et al., 2018).

Dans cette étude, nous avons fait le choix d'étudier non seulement le concept de résilience, mais également ses deux sous-catégories fréquemment identifiées par la littérature : la résilience personnelle et la résilience relationnelle (Fossion et al., 2006). En

effet, ces deux sous-échelles nous semblaient pertinentes à rajouter à notre analyse, afin de peaufiner notre compréhension des capacités de résilience développées dans un contexte migratoire.

En regard de ces éléments théoriques, nos résultats sont surprenants.

D'un côté, les différences observées entre nos deux groupes pour la résilience totale et la résilience personnelle sont en adéquation avec la théorie *Drive to Thrive* (Hou et al., 2018). En effet, elles mettent en évidence le fait que la population la plus traumatisée de notre échantillon, nommément les migrants irréguliers, arborent une résilience faible, due principalement à une moindre résilience personnelle. Ce résultat fait sens avec nos observations. Nous pouvons inférer que, d'une part leurs symptômes de traumatisme, et d'autre part leur accès limité aux services de base (emploi, logement, santé...) sont susceptibles d'induire un bouleversement des routines quotidiennes primaires et secondaires au sein de la population irrégulière. Selon la théorie *Drive to Thrive*, cette perte de régularité, dans un contexte de réinstallation instable, aurait alors pour effet de réduire les capacités de résilience des personnes en situation irrégulière. Ainsi, les résultats portant sur la résilience totale et la résilience personnelle trouvent leur sens dans la théorie développée par Hou et al. (2018).

D'un autre côté, les résultats observés pour la seconde échelle étudiée, la résilience relationnelle, nous surprennent davantage. En effet, ceux-ci indiquent que les capacités de résilience relationnelle ne varieraient pas entre les migrants réguliers et irréguliers. Or, ce constat va à l'encontre de notre hypothèse initiale, selon laquelle les personnes en situation irrégulière développeraient une résilience relationnelle inférieure à leurs homologues en situation régulière. Ces résultats sont intéressants et nous permettent d'imaginer plusieurs explications différentes afin d'interpréter cette absence de différence.

Premièrement, ces résultats pourraient indiquer que les migrants réguliers ont une résilience relationnelle plus faible que ce que nous avons imaginé. Nous pourrions ainsi supposer que, malgré l'obtention d'un statut de séjour en Belgique, les personnes reconnues continuent de vivre dans un contexte social et familial complexe. Cela fait sens lorsque nous mettons ces résultats en regard des difficultés post-migratoires les plus fréquemment évoquées dans notre échantillon par les migrants réguliers. En effet, les difficultés post-migratoires les plus rapportées, pour 71 % des migrants réguliers, concernent leur situation familiale, notamment la séparation de leur famille et les inquiétudes au sujet des membres de la famille restés dans le pays d'origine. De plus, près de 61 % des répondants déclaraient avoir des difficultés à communiquer et souffrir de solitude, d'ennui ou d'isolement. Ainsi, nous pouvons inférer que ces difficultés post-migratoires, en lien avec l'environnement social et familial des migrants réguliers, pourraient potentiellement influencer leur capacité de résilience relationnelle.

Deuxièmement, ces résultats pourraient indiquer que les migrants irréguliers ont une résilience relationnelle plus élevée que ce que nous avons imaginé. Nous pourrions ainsi supposer que, malgré l'absence de statut de séjour valide en Belgique, les personnes en situation irrégulière disposeraient d'un réseau social soutenant et développé, équivalent à leurs homologues en situation régulière. Cela pourrait faire sens en prenant en compte le réseau d'aide et d'accompagnement relativement étendu à destination des migrants irréguliers sur le territoire belge. Comme nous avons pu le constater au fil de nos rencontres, de nombreux collectifs de soutien sont mis à disposition des personnes en situation irrégulière, ainsi que différents groupes plaidant pour une reconnaissance et une régularisation des migrants irréguliers, et défendant leurs droits. Enfin, l'importance du soutien social issu de sa propre communauté ethnique comme facteur de résilience a également été démontrée par la recherche (Li et al., 2016 ; Schweitzer et al., 2006). Or, un grand nombre de diaspora (rwandaise, congolaise, afghane...) sont présentes en Belgique, comme en témoigne l'hétérogénéité des cultures présentes dans notre échantillon (voir Annexe 2). Ainsi, malgré des difficultés familiales similaires à celles décrites pour les migrants réguliers, les migrants irréguliers pourraient disposer d'un soutien social alternatif : en provenance du domaine associatif d'une part, et de groupes immigrés culturellement proches d'autre part. Dans le cas où cette hypothèse se vérifierait, elle pourrait contribuer à développer des pistes d'intervention efficaces pour accroître les capacités de résilience de ces populations.

Troisièmement, ces résultats pourraient être la conséquence d'un facteur externe, non étudié dans notre étude, ou de biais méthodologiques n'ayant pas pu être neutralisés. Par ailleurs, il est intéressant de noter que la statistique comparant la résilience relationnelle des migrants réguliers et irréguliers était presque significative, ainsi une simple erreur de calcul liée à notre échantillonnage n'est pas à exclure.

Prévalence des types de résilience

Dans cette étude, nous avons également voulu identifier les types de résilience les plus répandus parmi les deux groupes de notre échantillon. Nous avons ainsi observé la prévalence de quatre niveaux distincts de résilience : une résilience faible, modérée, élevée, ou exceptionnelle. Nos données ne nous ont pas permis d'identifier de différence significative entre les migrants réguliers et irréguliers en ce qui concerne la prévalence de ces quatre types de résilience. Cette absence de résultat pourrait s'expliquer par une moindre puissance dans notre analyse statistique, causée par le nombre trop faible de participants dans certaines catégories. Par exemple, nous pouvons observer que seules deux personnes issues du groupe des migrants irréguliers manifestent une résilience exceptionnelle, et quatre personnes expriment une résilience élevée.

1.2. Discussion de la seconde hypothèse

1.2.1. Hypothèse 2a

Difficultés post-migratoires, migration régulière et irrégulière

Comme nous l'avions imaginé, nous observons que le nombre et la gravité des difficultés post-migratoires diffèrent dans notre échantillon pour les migrants irréguliers et les migrants réguliers. Ainsi, nous pouvons constater que les difficultés post-migratoires rencontrées par les personnes en situation irrégulière sont à la fois plus graves et plus nombreuses que celles rencontrées par leurs homologues en situation régulière. Ces résultats sont en adéquation avec la littérature actuelle comparant des migrants ayant un statut temporaire et un statut permanent (Momartin et al., 2006 ; Nickerson et al., 2019). Par ailleurs, cette différence est facilement explicable par le contexte migratoire belge, entravant largement l'accès des personnes en situation irrégulière aux services publics essentiels tels que l'emploi, le logement, ou encore les soins de santé, tout en leur imposant des procédures longues et complexes (Ligue des droits de l'Homme, 2016). De plus, cette différence pourrait également s'expliquer par d'autres difficultés documentées par la recherche antérieure, telles que la peur de l'expulsion, l'isolement social, ou encore la discrimination (Garcini et al., 2017 ; Schock et al., 2015). Autant de facteurs régulièrement reconnus comme entourant le milieu de vie précaire des migrants irréguliers (Sullivan & Rehm, 2005). Par conséquent, ces résultats sont en adéquation avec notre hypothèse initiale.

Prévalence des difficultés post-migratoires

Au-delà de ces différences quantitatives, nous avons souhaité pousser notre analyse plus loin en identifiant les différences entre les difficultés post-migratoires rapportées par les deux groupes de notre étude. En effet, les obstacles rencontrés en Belgique semblent différer entre les migrants réguliers et irréguliers.

D'une part, les difficultés post-migratoires les plus rapportées par les migrants réguliers concernent : la séparation de leur famille et les inquiétudes à leur sujet (71 %), suivies par les difficultés à obtenir un logement approprié (68 %), et enfin par l'incapacité à rentrer dans son pays d'origine en cas d'urgence (63 %). Parmi les autres difficultés post-migratoires régulièrement évoquées, nous observons : des difficultés d'emploi, des difficultés à communiquer, et la solitude, l'ennui et l'isolement, rapportés par 61 % des migrants réguliers.

D'autre part, les difficultés post-migratoires les plus souvent évoquées par les migrants irréguliers concernent les difficultés liées à l'emploi et la peur d'être rapatriés dans leur pays d'origine (90 %), puis les problèmes liés à la demande d'asile et les inquiétudes envers la famille restée dans le pays d'origine (87 %). Enfin, parmi les autres difficultés post-migratoires régulièrement évoquées, nous observons : la durée de la procédure d'asile, le

manque d'argent, la solitude, l'ennui et l'isolement, et enfin l'incapacité à rentrer dans son pays d'origine en cas d'urgence, pour 84 % des migrants irréguliers.

Ces données nous amènent à poser plusieurs constats.

Tout d'abord, il est intéressant de souligner que, malgré le statut de protection dont elles sont titulaires et l'accès aux services et aux aides l'accompagnant, les migrants réguliers semblent toujours régulièrement confrontés à des difficultés post-migratoires majeures, en lien avec le logement ou l'emploi. Par ailleurs, 58 % d'entre eux déclarent manquer d'argent pour se procurer des ressources de première nécessité. Ce constat est interpellant. Il met notamment en évidence la précarité de l'environnement de vie des migrants réguliers, pourtant reconnus comme étant sous la protection de l'État belge. Il serait intéressant d'investiguer les raisons se cachant derrière ces difficultés dans des études ultérieures. Nous pourrions par exemple penser qu'un manque d'information concernant l'accès aux services auxquels ils ont droit pourrait provoquer le peu de mobilisation de ces aides et ainsi maintenir les difficultés quotidiennes en place, comme cela a pu déjà être montré par une étude menée par la Croix-Rouge (2014). De plus, nous pourrions imaginer que les services à disposition des migrants réguliers sont soit inefficaces, soit insuffisants, ou encore non adaptés à cette population, ne permettant donc pas de leur procurer une aide adéquate. En outre, un effet cumulatif pourrait également se produire parmi les difficultés post-migratoires des migrants réguliers (par exemple, les difficultés liées à la communication, à l'isolement, ou encore à la discrimination, pourraient altérer et maximiser les obstacles liés à l'emploi ou au logement).

Ensuite, il est surprenant de constater que les difficultés liées à l'emploi sont équivalentes à la peur de l'expulsion pour les migrants irréguliers, et surpassent toutes les autres difficultés post-migratoires. Cela met en exergue le fait que l'insertion professionnelle constitue le point de départ de la réinstallation dans le pays d'accueil, offrant à la fois des possibilités de socialisation, des ressources financières, un accès aux besoins de première nécessité (nourriture, logement,...), et un moyen de trouver une place, un sens et un rôle dans la société. La limitation de l'accès à l'emploi par les autorités belges aurait donc potentiellement un impact bien plus grand sur la réinstallation des migrants irréguliers que ce que nous pourrions imaginer. Par contre, c'est sans surprise que nous constatons que toutes les difficultés en lien avec le statut de séjour et les procédures d'asile et de régularisation se trouvent en bonne position et soient citées par la large majorité des migrants irréguliers.

Enfin, nous pouvons également identifier dans ces résultats l'importance du réseau social et familial, autant pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers. Nous observons ainsi que les difficultés post-migratoires relatives aux inquiétudes pour la famille restée au pays, la séparation avec sa famille, ou encore la solitude, l'ennui et l'isolement, sont des variables évoquées régulièrement par les deux groupes de notre échantillon. Ce constat

peut être mis en lien avec l'importance des réseaux relationnels entourant les individus, et la nécessité de développer un environnement social soutenant. Par ailleurs, le réseau social et familial est un facteur de protection largement reconnu au sein de la littérature (Schweitzer et al., 2007), et semblerait jouer un rôle essentiel dans le concept de résilience (Fossion et al., 2006). Par conséquent, il serait intéressant d'orienter les interventions menées auprès des populations migrantes en prenant en compte leur environnement relationnel.

Focus sur les revenus, la procédure d'asile et l'accompagnement psychologique

Parmi le large panel des difficultés post-migratoires investiguées dans notre étude, nous pouvons également tirer des conclusions plus précises en ce qui concerne les revenus, la procédure d'asile, ou encore l'accompagnement psychologique des deux groupes.

Ainsi, nos analyses ont démontré que les revenus des migrants réguliers sont plus stables que ceux des migrants irréguliers. De plus, la source de leurs revenus tend également à différer entre les deux groupes. En effet, nous avons pu constater qu'une large proportion des migrants réguliers disposent d'une aide sociale (53 %) ou d'un travail (37 %), contre respectivement 16 % et 13 % des migrants irréguliers. Par ailleurs, la majorité des migrants irréguliers ne disposent d'aucune source de revenus (68 %), contre 5 % pour les migrants réguliers. Enfin, une faible proportion des deux groupes identifie l'aide financière de leurs proches comme étant leur principale source de revenus, 3 % des migrants irréguliers et 5 % des migrants réguliers. Les résultats apportés par ces deux variables de stabilité et de source des revenus se complètent et s'expliquent mutuellement. Ainsi, il est logique d'identifier davantage d'instabilité au sein du groupe au statut irrégulier ne disposant majoritairement d'aucun revenu, tandis qu'il n'est pas surprenant d'observer une plus grande stabilité au sein du groupe au statut régulier disposant plus largement d'une aide sociale et d'un accès au travail. Ces résultats sont donc cohérents avec la politique d'immigration belge actuelle n'octroyant pas de permis de travail aux personnes ne disposant pas d'un statut de séjour valide, et limitant également leur accès aux aides financières éventuelles.

En ce qui concerne la durée de la procédure d'asile, celle-ci était plus longue dans notre échantillon pour les migrants irréguliers avec une durée moyenne de plus de trois ans, tandis qu'elle n'excédait pas les deux ans pour le groupe des migrants réguliers. À nouveau, ces résultats ne sont pas surprenants et coïncident avec les recherches antérieures (Momartin et al., 2006 ; Silove et al., 1997). Ils sont également cohérents avec notre relevé des difficultés post-migratoires les plus fréquemment rapportées dans notre échantillon, près de 84 % de migrants irréguliers identifiant la durée de la procédure comme étant un obstacle majeur, contre 50 % des migrants réguliers. Cette différence est d'autant plus frappante pour les problèmes rencontrés pour l'obtention du statut ou au cours de la demande d'asile, s'élevant à

87 % pour les migrants irréguliers contre 18 % des migrants réguliers. Enfin, les difficultés expérimentées avec les services d'immigration étaient respectivement rapportées par 77 % des migrants irréguliers et 32 % des migrants réguliers. Ainsi, cette multitude de chiffres, combinée aux observations issues de nos rencontres, nous permettent d'inférer que la procédure d'asile et de régularisation est une étape particulièrement longue et complexe pour les personnes en situation irrégulière, pouvant se prolonger sur de nombreuses années et constituer un facteur de stress post-migratoire majeur pour ceux qui y sont confrontés.

Pour ce qui est de l'accompagnement psychologique de notre échantillon, nous avons pu observer que près de 55 % des migrants irréguliers interrogés sont actuellement en suivi, contre seulement 16 % des migrants réguliers. Par ailleurs, 35 % des migrants irréguliers n'ont jamais consulté, contre 61 % des migrants réguliers de notre échantillon. Ces résultats sont cohérents avec nos précédentes sous-hypothèses, identifiant une symptomatologie post-traumatique, dépressive et anxieuse accentuée pour les migrants irréguliers, et une moindre résilience. Ainsi, il est pertinent d'identifier davantage de mobilisation des services de soins en santé mentale par les sujets les plus affectés par des troubles en santé mentale. Cependant nous sommes agréablement surpris de constater que, malgré leur accès limité aux soins de santé en Belgique de par leur absence de statut, une majorité des migrants irréguliers semblent tout de même disposer de la possibilité d'obtenir une assistance psychologique sur le territoire belge s'ils en éprouvent le besoin.

1.2.2. Hypothèse 2b

Difficultés post-migratoires et santé mentale

Comme nous l'avions imaginé, nous observons que les difficultés post-migratoires exercent bel et bien une influence sur la santé mentale de notre échantillon. En effet, nous avons pu constater un impact significatif des difficultés post-migratoires sur les mesures de traumatisme, de vision du monde, du sentiment de contrôle et de sécurité, de dépression, d'anxiété, et de résilience totale, personnelle et relationnelle, et ce pour l'ensemble de notre échantillon. Ces résultats sont cohérents avec les études récentes soulignant l'importance du parcours post-migratoire dans le développement de troubles en santé mentale (Li et al., 2016).

Les implications de ces observations sont très importantes car elles permettent d'établir un lien entre les conditions de réinstallation dans le pays d'accueil et l'apparition de psychopathologies. Elles permettent de mettre en exergue l'influence néfaste du contexte migratoire belge sur la santé mentale des populations migrantes. Enfin, elles alertent sur l'importance de proposer un accueil décent et humain à chacun, de respecter leurs droits, et d'offrir des conditions de vie adéquates à ces populations hautement vulnérables.

Difficultés post-migratoires, santé mentale, migration régulière et irrégulière

En revanche, ces résultats peuvent être nuancés lorsque l'influence des difficultés post-migratoires est étudiée sur chacun des deux groupes pris séparément. En effet, afin de préciser nos analyses, nous avons souhaité mesurer l'impact du vécu post-migratoire sur la santé mentale des migrants réguliers et irréguliers, afin de distinguer ces deux groupes, comme cela a été fait tout au long de notre étude. C'est ainsi que cette distinction nous a permis de constater que les difficultés post-migratoires influenceraient différenciellement la santé mentale des deux groupes.

En premier lieu, notre étude a montré que la gravité des difficultés post-migratoires influence toujours significativement les niveaux de traumatisme, d'anxiété et de dépression des deux groupes. Ces résultats restent dans la lignée de notre hypothèse de base, en mettant en évidence l'impact du parcours post-migratoire sur les trois troubles en santé mentale les plus communs parmi les populations migrantes. Cela confirme ainsi notre hypothèse initiale selon laquelle le vécu post-migratoire exerce une influence sur la santé mentale, avec un effet présent autant pour les migrants réguliers et que pour les migrants irréguliers.

En second lieu, en ce qui concerne la vision du monde totale, le sentiment de sécurité, la résilience totale et la résilience relationnelle, nos analyses indiquent une influence significative des difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers, mais pas pour les migrants irréguliers. Ces résultats sont bien plus surprenants, car ils indiquent que l'impact du parcours migratoire n'agirait pas de la même manière ni dans les mêmes proportions pour nos deux groupes, ce que nous n'avions pas imaginé en élaborant nos hypothèses initiales. Cette différence pourrait s'expliquer de différentes manières. Tout d'abord, cela pourrait signifier que les vécus pré-migratoires et péri-migratoires des migrants irréguliers auraient une influence plus importante sur ces variables (vision du monde, sentiment de sécurité, résilience totale et résilience relationnelle) que le vécu post-migratoire. Ainsi, la vision du monde et le sentiment de sécurité du sujet pourraient avoir été plus fortement ébranlés par les événements traumatisants vécus dans le pays d'origine ou sur la route migratoire. Par ailleurs, leurs capacités de résilience pourraient résister aux obstacles quotidiens rencontrés en Belgique. Ensuite, nous pourrions attribuer ces différences entre les deux groupes à une perte de puissance de nos analyses statistiques. En effet, le groupe des migrants irréguliers étant plus réduit que celui composé par des migrants réguliers, un faible échantillon pour nos analyses de régression pourrait s'avérer insuffisant pour faire émerger une influence des difficultés post-migratoires sur ces variables de santé mentale. Ainsi, ces résultats pourraient ne pas être attribuables à une absence d'influence, mais bien à un manque de puissance. Enfin, une dernière hypothèse permettant d'expliquer ce phénomène serait la présence d'une tierce variable, non étudiée par notre recherche, qui influencerait davantage la santé mentale des

migrants irréguliers pour leurs niveaux de vision du monde, leur sentiment de sécurité, leur résilience totale et leur résilience relationnelle.

En dernier lieu, nous ne retrouvons plus d'influence des difficultés post-migratoires sur le sentiment de contrôle et sur la résilience personnelle, et ce pour les deux groupes. Ces résultats sont encore plus surprenants, en sachant que cette influence était pourtant bel et bien observée lors de l'analyse de notre échantillon global. Cela pourrait signifier que la résilience personnelle du sujet et son sentiment de contrôlabilité des événements seraient construits et évolueraient indépendamment de leur parcours post-migratoire au sein du pays d'accueil. À nouveau, nous pourrions inférer que ces variables dépendent davantage du vécu prémigratoire ou péri-migratoire des migrants réguliers et des migrants irréguliers. Cependant, dans ce cas-ci, un manque de puissance de nos analyses statistiques appliquées sur les deux échantillons séparément serait l'explication la plus plausible.

2. Intérêt de la recherche

Le premier intérêt de notre mémoire est, selon nous, qu'il s'intéresse à **une population peu investiguée dans la littérature scientifique : les migrants irréguliers**. En effet, lors de nos recherches, nous avons pu constater que les études portant sur le domaine de la migration donnaient la priorité aux personnes réfugiées ou demandeuses d'asile. Or, malgré son accès plus difficile, la migration irrégulière occupe une place importante dans notre société. Nous souhaitons donc visibiliser cette population dans le domaine de la recherche, pour contrer son invisibilisation sociétale actuelle.

Le deuxième point d'intérêt de notre étude concerne **l'attention portée aux difficultés post-migratoires**. En effet, comme nous avons déjà pu le souligner, la littérature scientifique a depuis longtemps établi des liens entre les vécus prémigratoires et péri-migratoires et la santé mentale. Cependant, l'influence du parcours post-migratoire n'en est encore qu'à ses prémises dans les recherches européennes. Ainsi, notre recherche contribue à apporter une meilleure compréhension des enjeux et des conséquences liés aux expériences vécues dans le pays d'accueil. Par ailleurs, cela permet également d'identifier les possibilités d'actions s'offrant à nous pour améliorer l'accueil en Belgique.

La méthodologie de notre étude constitue notre troisième point d'intérêt. En effet, la plupart des études menées auprès des populations migrantes s'intéressent principalement aux symptômes de dépression, d'anxiété, et de trouble de stress post-traumatique. Dans notre recherche, nous avons tenté de **mettre en lumière d'autres concepts, rarement étudiés dans le domaine de la migration : la résilience et la vision du monde**. Il nous semblait essentiel de souligner les forces et les ressources disponibles dans chacun des groupes étudiés, pouvant ainsi inspirer des pistes d'intervention au sein de cette population. Enfin, nous

souhaitions également aborder la vision du monde, étroitement liée à la notion de traumatisme, afin d'appréhender davantage les changements tangibles éprouvés par les populations migrantes dans leur perception du quotidien.

3. Limites méthodologiques

Avant de tirer des conclusions des résultats ci-dessus, il convient de reconnaître les limites de la conception de cette étude. Nous avons identifié deux domaines faisant défaut dans notre recherche : d'une part, des limites liées à notre échantillon, d'autre part, des limites liées à la méthodologie de notre étude.

3.1. Limites de l'échantillon

- Hétérogénéité de l'échantillon : Les sujets de notre échantillon diffèrent en ce qui concerne le statut de séjour obtenu, l'âge, le genre, la nationalité, ou encore la durée de séjour en Belgique. Par exemple, le groupe des migrants réguliers rassemble différentes réalités (statut de protection internationale, de protection subsidiaire, naturalisation et regroupement familial), tandis que le parcours menant à l'irrégularité pourrait également différer dans le groupe des migrants irréguliers. Cependant, cette diversité était voulue, afin de représenter au mieux la population migrante très diversifiée de Belgique.
- Sur-déclaration et sous-déclaration : Un biais souvent identifié au sein de la littérature concerne l'exagération des symptômes des populations précaires afin d'être considérées favorablement et d'attirer la sympathie du public (Hocking et al., 2015 ; Steel et al, 2006). Au sein de notre étude, cela pourrait mener à une amplification des difficultés et des besoins. À l'inverse, certains participants pourraient dissimuler certains éléments de leur vécu afin que leur divulgation ne porte pas atteinte à leur statut ou à leur procédure (par exemple dans le cas du travail non déclaré ou de fausses déclarations). Nous avons tenté d'éviter ce biais de déclaration en précisant à chaque participant que toutes les données récoltées étaient anonymes et confidentielles, les éléments partagés ne pouvant ainsi en aucun cas favoriser ou affecter leur statut.
- Critère linguistique : Notre critère d'inclusion limitant la participation à l'étude aux sujets ayant une maîtrise suffisante du français, de l'anglais, ou de l'espagnol, était également un biais conséquent lors de la conception de notre méthodologie. En effet, ce critère excluait de notre recherche un grand nombre de migrants n'ayant pas développé leurs capacités linguistiques en Belgique. Au cours de notre recherche, nous avons cependant réussi à contourner cette difficulté grâce à l'aide d'interprètes professionnels, nous permettant ainsi d'inclure dans notre étude des participants maîtrisant uniquement leur langue maternelle.

3.2. Limites du design de l'étude

- **Modèle transversal** : Cette approche, bien que présentant plusieurs biais, était inévitable dans le cadre de ce mémoire, au vu de la temporalité restreinte de notre récolte de données. Toutefois, une étude transversale ne permet pas d'observer l'évolution des facteurs de stress post-migratoires au cours du temps, afin d'en comprendre mieux les mécanismes. Ce type de design limite également la capacité d'identifier les relations causales entre les variables étudiées, empêchant ainsi les inférences sur la causalité.
- **Instruments de mesure auto-rapportés** : Nos analyses s'appuient exclusivement sur les déclarations des participants, comme cela est fréquemment réalisé dans les recherches sur la migration. Cette manière de récolter les données pourrait biaiser nos résultats, de par son manque d'objectivité, par rapport aux entretiens diagnostiques administrés par un clinicien. En effet, l'auto-évaluation des symptômes cliniques peut entraîner une sous-estimation ou une surestimation de ces symptômes et limiter la précision du diagnostic.

4. Implications cliniques, politiques et sociétales

Les résultats de notre étude ont des implications importantes en matière de prise en charge, de traitement et de législation. Ainsi, ce chapitre s'adresse tant aux décideurs politiques qu'aux cliniciens ou qu'au public belge, au travers de cinq constats principaux.

4.1. Interventions psychologiques

En ce qui concerne les implications cliniques, l'association entre le vécu post-migratoire et la santé mentale des populations migrantes suggère que les interventions psychologiques devraient davantage prendre en compte les préoccupations actuelles sur le territoire belge. En effet, comme l'ont souligné de nombreux auteurs, les difficultés post-migratoires pourraient avoir un impact plus important sur la santé mentale que le vécu antérieur, dans le pays d'origine ou sur la route migratoire (Carswell et al., 2011 ; Li et al., 2016 ; Zimbrea et al., 2014). Or, les interventions thérapeutiques développées actuellement sont principalement axées sur les traumatismes passés (Knefel et al., 2020). Ainsi, les professionnels de la santé mentale devraient reconnaître le rôle légitime des facteurs de stress quotidiens dans leurs interventions, et prendre en considération leur impact négatif sur l'intégration sociale et leur contribution à l'état de détresse psychologique (Nickerson et al., 2011). Par conséquent, de nombreux auteurs ont illustré la nécessité de développer des interventions holistiques aidant à stabiliser le sujet tout en le soutenant dans la résolution de problèmes quotidiens tels que l'accès à l'emploi ou au logement, le développement du réseau social, l'obtention de l'asile, le regroupement familial,... (Carswell et al., 2011 ; Hecker et al., 2018).

Le modèle ADAPT fournit un cadre conceptuel intéressant pour appréhender ces difficultés de vie quotidienne (Silove, 2013). En effet, il postule que le rétablissement du sentiment de sécurité, de liens sociaux stables, d'un sens et de l'identité du sujet font partie intégrante du processus de rétablissement et d'adaptation des personnes déplacées dans un environnement post-conflit (Silove, 2013), en particulier pour les migrants irréguliers.

En parallèle, les migrants s'étant vus attribuer un statut de séjour sont également susceptibles d'avoir besoin de soutien pendant la période de transition suivant leur reconnaissance. En effet, loin de minimiser les difficultés rencontrées par les migrants réguliers, nous souhaitons aussi mettre en évidence les risques liés aux défis de la réinstallation et aux changements rencontrés lors de cette période de transition.

4.2. Responsabilités politiques

Les constats tirés de notre étude peuvent nous mener à prendre en considération deux types de mesures politiques pertinentes en regard de nos résultats. Nous pensons en effet que la révision des mesures migratoires restrictives appliquées en Belgique d'une part, et l'implémentation de politiques de soutien adéquates d'autre part, devraient être envisagées par les autorités décisionnelles belges.

En premier lieu, nos résultats soulèvent la possibilité que les procédures d'asile et de régularisation actuelles puissent impacter l'état de santé mentale des populations migrantes. En effet, comme cela a pu être observé dans d'autres pays occidentaux, le système d'asile semble exacerber la symptomatologie des personnes déplacées, avec un effet "retraumatisant" (Momartin et al., 2006 ; Steel et al., 2006). Ainsi, une prise de conscience de la portée de ces mesures politiques restrictives sur la santé mentale des migrants réguliers et irréguliers semble nécessaire. Nous proposons que cette prise de recul puisse s'assortir d'adaptations congruentes avec la recherche scientifique actuelle, telles que la révision du processus de traitement des demandes d'asile et de régularisation en Belgique. Ces changements pourraient inclure une réduction de la durée de traitement des demandes, davantage de clarté dans les procédures mises en place, l'octroi d'un permis de travail quelle que soit l'issue de la procédure, et l'abandon des mesures de détention.

En second lieu, nos résultats suggèrent qu'il serait pertinent que le gouvernement belge mette en place davantage de politiques de soutien à destination des populations migrantes, et fournisse des ressources adéquates pour promouvoir l'intégration sociale des personnes déplacées. Ce constat est appuyé par d'autres auteurs, mettant en avant l'efficacité des programmes d'aide à la recherche d'emploi et à la création de liens sociaux afin de réduire les difficultés d'adaptation et les symptômes de santé mentale (Hocking et al., 2015). Une étude menée aux Pays-Bas a mis en évidence la nécessité de développer des politiques d'aide au

logement, mais aussi des mesures relatives à la sécurité, au soutien financier, aux possibilités de regroupement familial, ou encore aux opportunités de pratiquer sa propre religion (Laban et al., 2008), afin d'améliorer la qualité de vie des personnes déplacées. Ces mesures politiques pourraient aisément être transposables au contexte belge.

4.3. Implications socio-professionnelles

En parallèle de ces implications cliniques et politiques, il convient de mettre en avant des propositions d'action ciblant l'une des principales sources de stress des migrants irréguliers : l'emploi. Certaines études ont mis en avant que la santé mentale des populations migrantes pouvait être améliorée par l'octroi de permis de travail (Hocking et al., 2015). L'introduction des migrants irréguliers sur le marché du travail belge semblerait donc pertinente d'un point de vue psychologique, mais également sociétal. En effet, l'emploi contribuerait également à accroître l'acceptation sociale des personnes migrantes au sein de la communauté d'accueil (Posselt et al., 2020). Ces résultats suggèrent donc que l'emploi représente une voie privilégiée visant l'amélioration de la santé mentale et de l'intégration des personnes au statut précaire (Nickerson et al., 2019). Ils mettent en exergue l'importance de proposer des interventions tournées vers l'insertion professionnelle, et de développer des politiques orientées vers l'accès au travail des migrants irréguliers.

4.4. Prise en charge sociale

Compte tenu de la relation étroite entre les facteurs sociaux et psychologiques constatée dans notre étude, nous suggérons qu'une prise en charge holistique des populations migrantes doit être implémentée. En plus des interventions cliniques axées sur la santé mentale, des interventions psychosociales axées sur les difficultés post-migratoires pourraient contribuer à une amélioration des conditions de vie des populations migrantes en Belgique.

Les professionnels de l'accueil peuvent contribuer de manière significative à la prévention et à l'atténuation des troubles en santé mentale grâce à des interventions psychosociales visant à soutenir les procédures d'asile, à contrer l'isolement social et à réduire les inquiétudes liées au rapatriement (Nickerson et al., 2011). Par ailleurs, des programmes visant à faciliter le parcours de soins et l'accès à l'information des populations migrantes devraient être mis en œuvre (Aragona et al., 2013). De plus, la mise en place de services communautaires renforcerait le sentiment d'appartenance et favoriserait l'acculturation dans un contexte post-migratoire précaire (Newnham et al., 2019). Enfin, les interventions psychosociales pourraient également soutenir l'alphabétisation et le développement des compétences linguistiques de ce groupe vulnérable (Aragona et al., 2013). Ainsi, les cibles les plus prometteuses d'intervention psychosociale semblent être les facteurs de stress post-migratoires liés à l'intégration sociale, à la langue ou encore à l'emploi (Schick et al., 2018).

4.5. Devoir d'information et de sensibilisation du public

Les thématiques migratoires font largement débat sur l'espace public, et sont loin de faire l'unanimité en Belgique. Or, il est essentiel de reconnaître l'importance de la communauté d'accueil et de l'opinion publique dans le processus de réinstallation des populations migrantes. Nous postulons qu'un rapprochement des citoyens belges et des migrants réguliers et irréguliers contribuerait à la société, favoriserait la transition de vie des populations migrantes, et diminuerait sensiblement les facteurs de stress rencontrés dans le pays d'accueil (Mahieu & Van Caudenberg, 2020). Par ailleurs, comme nous avons pu le constater dans notre étude, la discrimination est encore largement présente au sein de la société belge, vécue par 52 % des migrants irréguliers et 39 % des migrants réguliers de notre échantillon. En conséquence, nous soulignons le besoin fondamental de développer des programmes publics luttant contre les attitudes défensives envers les populations migrantes, alourdissant davantage le poids des difficultés post-migratoires.

Pour conclure, la mobilisation des communautés d'accueil est nécessaire pour faire respecter les obligations humanitaires pour lesquelles notre pays s'est engagé. Ainsi, la voix du public doit se faire entendre afin d'offrir un refuge aux femmes, aux hommes et aux enfants fuyant les persécutions de leur pays d'origine. Face à l'imposition de mesures restrictives et discriminatoires aux personnes exilées, il est de notre responsabilité de promouvoir les principes inscrits dans la Convention de 1951. Nous considérons que la sensibilisation du public sur les risques d'imposer des politiques de dissuasion excessivement sévères est essentielle.

5. Perspectives futures

Comme nous avons pu le mettre en avant préalablement, la recherche scientifique sur les difficultés post-migratoires et les populations en situation irrégulière n'en est qu'à ses débuts. Ainsi, notre étude ne constitue qu'une prémisse dans ce champ de recherche, qui nécessite encore d'être largement exploré. Nous pouvons ainsi identifier un certain nombre d'éléments pertinents à investiguer pour de futures études.

a) Intérêt pour la migration irrégulière

Tout au long de ce travail, nous avons insisté sur l'importance de s'intéresser davantage à la migration irrégulière dans les recherches menées sur les processus migratoires. Notre étude illustre la nécessité de concentrer davantage d'efforts de recherche sur l'influence des procédures de régularisation sur la santé mentale des populations irrégulières. Malgré les obstacles considérables liés à l'accès à ce groupe, nous pensons que ces personnes souvent exclues de la société doivent être reconnues et méritent l'attention des chercheurs.

b) Investiguer les difficultés post-migratoires

Nous avons également évoqué au cours de ce travail l'importance de continuer à faire évoluer les recherches actuelles en regard des difficultés post-migratoires, et de ne plus considérer les événements traumatiques antérieurs comme étant au centre de la symptomatologie des populations migrantes. Il pourrait par exemple s'avérer pertinent de déterminer les difficultés post-migratoires ayant l'impact le plus puissant sur la santé mentale, pour pouvoir réaliser les adaptations cliniques, sociales et politiques nécessaires pour y faire face. Enfin, comme nous avons pu brièvement le mettre en évidence, l'emploi semble être un élément clé favorisant une réinstallation réussie. Nous suggérons donc que de futures recherches puissent s'atteler à investiguer l'importance du travail dans le parcours d'intégration, afin de pouvoir éventuellement reconsidérer le droit au travail des migrants irréguliers.

c) Identifier les facteurs de résilience

Nous soutenons que les facteurs de résilience des populations migrantes devraient être davantage explorés dans la recherche épidémiologique et interventionnelle. Nous préconisons une approche holistique de la santé mentale, ciblant à la fois les difficultés, mais également les forces et les ressources des populations migrantes investiguées. Développer nos connaissances sur les facteurs de résilience des migrants pourra contribuer à mobiliser les moyens nécessaires pour améliorer la prise en charge de ces groupes vulnérables.

d) Récolte de données qualitatives

Nous avons pu observer que la grande majorité des études menées dans le domaine de la migration optaient pour une méthodologie quantitative, tout comme la nôtre. Ainsi, ce champ de recherche manque considérablement de données qualitatives, pouvant apporter davantage de consistance aux résultats obtenus. Nous pensons qu'il serait primordial à l'avenir de laisser la parole aux personnes migrantes, avec la mise en place de mesures d'interprétariat adaptées, afin d'en apprendre davantage sur leur parcours, leurs difficultés et leurs ressources.

e) Récolte de données longitudinales

Comme nous avons pu le souligner précédemment, la plupart des études menées sur les migrants réguliers et irréguliers emploient des méthodes transversales, et s'accompagnent donc des limitations qui y sont inhérentes. Nous pensons donc que les futures initiatives de recherche doivent évoluer vers des modèles longitudinaux, même si la tâche de suivre sur le long terme une population très mobile présente des défis considérables. Néanmoins, la recherche longitudinale est essentielle pour élucider la direction des relations causales entre les facteurs de stress migratoires et la détresse psychologique.

VII. Conclusion et pistes de réflexion

Cette recherche avait pour objectif d'étudier la santé mentale des populations migrantes en Belgique. Plus précisément, nous souhaitions comparer les niveaux de traumatisme, d'anxiété, de dépression, de résilience et de vision du monde des migrants réguliers et irréguliers. Enfin, nous aspirions également à rendre compte des difficultés post-migratoires rencontrées par ces deux groupes sur le territoire belge, et de mesurer leur impact sur la santé mentale.

Notre motivation est née du constat du manque de représentation des migrants en situation irrégulière dans la littérature scientifique, et de l'intérêt croissant porté par la recherche au vécu post-migratoire des populations migrantes dans leur pays d'accueil.

Nos analyses ont confirmé que la santé mentale des migrants irréguliers était moins bonne que celle des migrants réguliers, avec des niveaux plus élevés de traumatisme, d'anxiété et de dépression, une vision du monde plus négative, un sentiment de contrôle moindre, et une résilience totale et personnelle plus faibles. Cependant, nous n'avons pas pu trouver de différence entre les deux groupes pour le sentiment de sécurité et la résilience relationnelle.

Nos résultats ont également pu mettre en évidence des différences dans les difficultés post-migratoires expérimentées par nos deux groupes. Nous avons pu observer que celles-ci étaient plus graves et plus nombreuses pour les migrants irréguliers. Elles portaient également sur des thématiques différentes entre les deux groupes. Enfin, nous avons constaté que les difficultés post-migratoires avaient un impact significatif sur la santé mentale des populations migrantes, mais qu'elles influenceraient différenciellement les migrants réguliers et irréguliers.

La majorité des résultats obtenus dans cette étude confirment nos hypothèses initiales, et sont en adéquation avec les recherches antérieures menées à travers le monde. Nous espérons que ce mémoire représente un apport pour la littérature scientifique, en mettant en lumière certains concepts rarement étudiés dans le domaine de la migration. Il s'agit également, à notre connaissance, de l'une des premières études contribuant à visibiliser la santé mentale des migrants en situation irrégulière en Belgique.

Ce travail comporte néanmoins certaines limites. Nous avons pu identifier quelques lacunes en termes d'échantillonnage et de méthodologie, en lien avec l'hétérogénéité de notre échantillon, le phénomène de sur-déclaration ou de sous-déclaration, nos instruments de mesure auto-rapportés et notre design transversal.

Enfin, notre recherche a mis en évidence des implications cliniques, sociales, politiques et sociétales importantes, à destination des professionnels de la santé mentale, des décideurs politiques, et du public belge. Nous espérons que ces constats pourront être pris en compte ultérieurement en matière de prise en charge, de traitement et de législation, auprès des populations migrantes en Belgique.

Pour conclure, nous souhaitons que ce travail ouvre la porte à des perspectives de recherches futures, en Belgique et à travers le monde, afin d'adresser la question migratoire particulièrement présente dans notre société. Nous espérons que ce mémoire ouvre une réflexion, à la fois clinique, politique et sociétale, sur l'accueil apporté aux populations migrantes en Belgique, et ses conséquences sur la santé mentale. Mais avant tout, nous voulons mettre en lumière ces hommes, femmes et enfants laissés dans l'ombre de notre société. Outre son intérêt scientifique, cette recherche nous a permis de vivre des rencontres riches, avec des personnes dont les histoires de vie ont encore beaucoup à nous apprendre. Nous souhaitons donc conclure ce mémoire en leur laissant la parole.

« Si on sort de son pays, ce n'est pas pour jouer,
c'est pour trouver une autre vie. »
- Participante tunisienne en situation régulière.

« Tout ce que j'ai vécu,
c'est comme un film qui traverse mon esprit.
Mais je suis fière d'avoir réalisé tout ça.
J'arrive pas à croire que j'ai vécu tout ça. »
- Participante sénégalaise en situation régulière.

« Être sans papiers, c'est vivre dans les risques ! »
- Participant sénégalais en situation irrégulière.

« J'ai quitté le luxe pour la pauvreté en Belgique. »
- Participant afghan en situation régulière.

« Je préfère mourir ici en tant que sans papier
que vivre dans mon pays ! »
- Participant marocain en situation irrégulière.

« Je ne suis ni chez moi là-bas, ni chez moi ici.
Je suis étrangère partout. »
- Participante tchétchène en situation régulière.

« C'est pas parce que la société ne me donne pas les choses
que je ne les mérite pas.
Je sais ce que je vaudrais, même s'ils me mettent au bas de l'échelle.
J'ai ma dignité. »
- Participante camerounaise en situation irrégulière.

Annexe 1

*"Un día perdí la voz
Empecé a vivir entre palabras y sonidos ajenos
a mi lengua
Las personas mueven la boca
y dicen palabras que se cantan
pero yo no entiendo nada
No podía hablar
No podía ni siquiera decir "casa"*

*Perdí la voz, me quedé muda
Yo quería decir, aquí estoy, estoy viva
Pero de mi garganta sólo salían gruñidos
y nadie entendía*

*Mi boca desesperada se movía
cómo olas de mar furiosas
Mis ojos parecían gritar
también mi cara
Un grito gestual
Yo quería decir todo
pero sólo aparecía la nada*

*Los otros también quieren escucharme y
entenderme
Yo quería decir frases simples
"Aquí llueve mucho"
"Hay un gato perdido"
"Extraño el sol en mi piel"*

*Quería hacer preguntas
Dónde está el color de las casas?
Por qué hay gente que llora sola caminando
por la calle?*

*Perdí la voz
mi alma quedó encerrada en un silencio no
elegido"*

"Un jour j'ai perdu ma voix.
J'ai commencé à vivre entre des mots et des
sons étrangers à ma langue
Les gens remuent leur bouche
et disent des mots qui sont chantés
mais je ne comprends rien
Je ne pouvais pas parler
Je ne pouvais même pas dire « maison »

J'ai perdu ma voix, je suis restée muette
Je voulais dire, je suis là
Je suis vivante
Seuls des grognements sont sortis de ma gorge
et personne n'a compris

Ma bouche désespérée a bougé
comme les vagues en colère de la mer
Mes yeux semblaient crier
mon visage aussi
un cri gestuel
Je voulais tout dire
mais seulement rien n'est apparu

Les autres aussi veulent m'écouter
Je voulais dire quelques phrases simples
« Ici il pleut beaucoup »
« Il y a un chat perdu »
« Le soleil sur ma peau me manque »

Je voulais poser des questions
« Où est la couleur des maisons ? »
« Pourquoi y a-t-il des gens qui pleurent seuls,
en marchant dans la rue ? »

J'ai perdu ma voix
Mon âme était enfermée dans un silence
imposé."

Patricia – auteure mexicaine
réinstallée en Belgique

*“ No one leaves home unless
home is the mouth of a shark
you only run for the border
when you see the whole city running as well*

*your neighbours running faster than you
breath bloody in their throats
the boy you went to school with
who kissed you dizzy behind the old tin factory
is holding a gun bigger than his body
you only leave home
when home won't let you stay.*

*no one leaves home unless home chases you
fire under feet
hot blood in your belly
it's not something you ever thought of doing
until the blade burnt threats into your neck
and even then you carried the anthem under
your breath
only tearing up your passport in an airport
toilet
sobbing as each mouthful of paper
made it clear that you wouldn't be going back.*

*you have to understand,
that no one puts their children in a boat
unless the water is safer than the land
no one burns their palms
under trains beneath carriages
no one spends days and nights in the stomach
of a truck
feeding on newspaper
unless the miles travelled
means something more than journey.
no one crawls under fences
no one wants to be beaten, pitied*

*no one chooses refugee camps
or strip searches where your
body is left aching
or prison,*

*because prison is safer
than a city of fire
and one prison guard
in the night
is better than a truckload
of men who look like your father*

*no one could take it
no one could stomach it
no one skin would be tough enough
the go home blacks
refugees
dirty immigrants
asylum seekers
sucking our country dry
niggers with their hands out
they smell strange
savage
messed up their country and now they want
to mess ours up
how do the words
the dirty looks
roll off your backs
maybe because the blow is softer
than a limb torn off*

*or the words are more tender
than fourteen men between your legs
or the insults are easier to swallow
than rubble
than bone
than your child body in pieces.
I want to go home,
but home is the mouth of a shark
home is the barrel of the gun
and no one would leave home
unless home chased you to the shore
unless home told you
to quicken your legs
leave your clothes behind
crawl through the desert
wade through the oceans
drown
save
be hunger
beg
forget pride
your survival is more important*

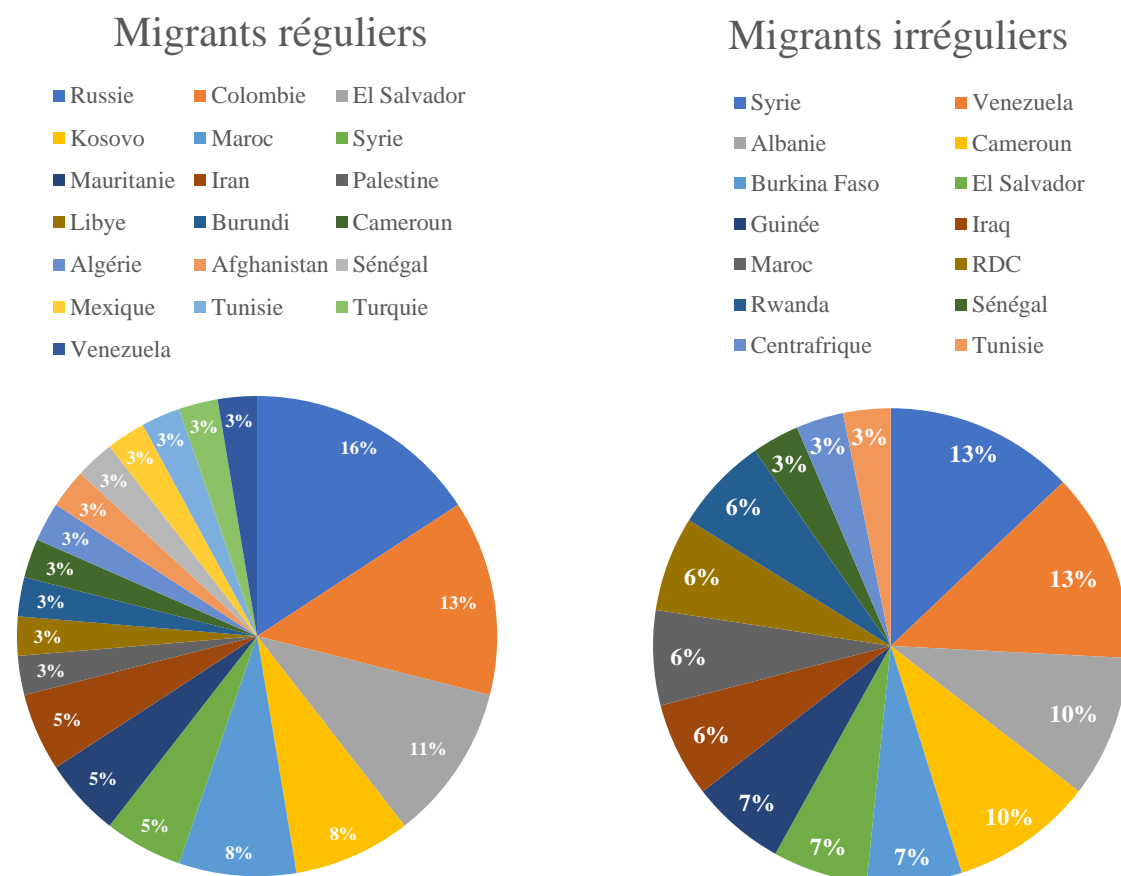
*no one leaves home until home is a sweaty
voice in your ear
saying- leave,
run away from me now
I don't know what I've become
but I know that anywhere
is safer than here “*

Home - Warsan Shire

Annexe 2

Figure 2a : Répartition des nationalités des participants pour le groupe des migrants réguliers

Figure 2b : Répartition des nationalités des participants pour le groupe des migrants irréguliers



Annexe 3

Tableau 3 : Test de la normalité de Shapiro-Wilk pour toutes les variables, par groupe

	Migrants réguliers		Migrants irréguliers	
	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Stabilité des revenus	0.7898	<0.0001 *	0.6624	<0.0001 *
Durée de l'asile	0.7853	<0.0001 *	0.7550	<0.0001 *
Gravité PMLD	0.9732	0.4841	0.9745	0.6498
Nombre PMLD	0.9418	0.0478 *	0.9703	0.5278
Total PCL	0.9391	0.0392 *	0.9554	0.2190
Total WAQ	0.9712	0.4580	0.9416	0.0914
Contrôle WAQ	0.9515	0.1163	0.9350	0.0601
Sécurité WAQ	0.9620	0.2477	0.9496	0.1523
Total HSCL	0.9131	0.0079 *	0.9698	0.5132
Total Anxiété	0.8922	0.0021 *	0.9838	0.9077
Total Dépression	0.9223	0.0147 *	0.9667	0.4342
Total ARM	0.9521	0.1217	0.9605	0.3011
ARM personnelle	0.9571	0.1741	0.9634	0.3586
ARM relationnelle	0.8722	0.0006 *	0.9472	0.1304

* $p < 0.05$: non-normalement distribué

Tableau 12 : ANOVA double du sexe et du statut de séjour sur le total du HSCL

Total du HSCL					
	DDL	Somme des carrés	Carrés moyens	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexe	1	10.7177	3.5497	6.93	0.0106 *
Séjour	1	32.2641	8.8577	17.30	<0.0001 *
Sexe*Séjour	1	42.9818	0.0278	0.05	0.8165

* $p < 0.05$: effet significatif

Tableau 13 : ANOVA double du sexe et du statut de séjour sur le total de l'anxiété

Total de l'anxiété					
	DDL	Somme des carrés	Carrés moyens	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexe	1	11.4760	4.6245	8.15	0.0058 *
Séjour	1	35.7267	7.8104	13.77	0.0004 *
Sexe*Séjour	1	47.2027	0.1325	0.23	0.6305

* $p < 0.05$: effet significatif

Tableau 14 : ANOVA double du sexe et du statut de séjour sur le total de la dépression

Total de la dépression					
	DDL	Somme des carrés	Carrés moyens	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexe	1	10.6481	2.9175	5.44	0.0229 *
Séjour	1	33.7715	9.6017	17.91	<0.0001 *
Sexe*Séjour	1	44.4196	0.2778	0.52	0.4743

* $p < 0.05$: effet significatif

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Interaction des effets du parcours prémigratoire, péri-migratoire et post-migratoire sur la santé mentale des populations migrantes

Figure 2a : Répartition des nationalités des participants pour le groupe des migrants irréguliers

Figure 2b : Répartition des nationalités des participants pour le groupe des migrants réguliers

Tableau 1 : Données sociodémographiques par groupe et pour l'échantillon total, selon l'effectif (*N*) et les pourcentages (%) [*N* (%)]

Tableau 2 : Données sociodémographiques par groupe et pour l'échantillon total, selon les moyennes (*M*), l'écart-type (*ET*), le minimum et le maximum (Min-Max)

Tableau 3 : Test de la normalité de Shapiro-Wilk pour toutes les variables, par groupe

Tableau 4 : Comparaison des deux groupes : moyennes par groupe, Test t de Student et Test U de Mann-Whitney

Tableau 5 : Tableau de contingence par groupe et pour l'échantillon total, pour les variables des tests exacts de Fisher [% (*N*)]

Tableau 6 : Tableau de contingence par groupe et pour l'échantillon total, pour les variables des tests khi-carré d'indépendance [% (*N*)]

Tableau 7 : Régressions linéaires de l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour tout l'échantillon

Tableau 8 : Régressions linéaires de l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour les migrants réguliers

Tableau 9 : Régressions linéaires de l'influence de la gravité des difficultés post-migratoires sur la santé mentale, pour les migrants irréguliers

Tableau 10 : Tableau de fréquence des difficultés post-migratoires pour les migrants réguliers [% (*N*)]

Tableau 11 : Tableau de fréquence des difficultés post-migratoires pour les migrants irréguliers [% (*N*)]

Tableau 12 : ANOVA double du sexe et du statut de séjour sur le total du HSCL

Tableau 13 : ANOVA double du sexe et du statut de séjour sur le total de l'anxiété

Tableau 14 : ANOVA double du sexe et du statut de séjour sur le total de la dépression

Bibliographie

- Abbott, A. (2016). The troubled minds of migrants. *Nature*, 538(7624), 158-160.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud mental*, 5(21), 39-52.
- Alemi, Q., Stempel, C., Baek, K., Lares, L., Villa, P., Danis, D., & Montgomery, S. (2016). Impact of postmigration living difficulties on the mental health of Afghan migrants residing in Istanbul. *International Journal of Population Research*, 2016.
- Almedom, A., Tesfamichael, B., Mohammed, Z., Mascie-Taylor, N., Muller, J., & Alemu, Z. (2005). Prolonged displacement may compromise resilience in Eritrean mothers. *African Health Sciences*, 5(4), 310-314.
- Álvarez, S. (2016). *Frontera sur chiapaneca: el muro humano de la violencia: análisis de la normalización de la violencia hacia los migrantes indocumentados en tránsito*. Universidad Iberoamericana.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ao, T., Shetty, S., Sivilli, T., Blanton, C., Ellis, H., Geltman, P. L., ... & Lopes Cardozo, B. (2016). Suicidal ideation and mental health of Bhutanese refugees in the United States. *Journal of immigrant and minority health*, 18(4), 828-835.
- Aragona, M., Castaldo, M., Cristina Tumiatì, M., Schillirò, C., Dal Secco, A., Agrò, F., ... & Mirisola, C. (2020). Influence of post-migration living difficulties on post-traumatic symptoms in Chinese asylum seekers resettled in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 129-135.
- Aragona, M., Pucci, D., Carrer, S., Catino, E., Tomaselli, A., Colosimo, F., ... & Geraci, S. (2011). The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 47, 207-213.
- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., & Geraci, S. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9(3).
- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 49, 169-175.

- Aragona, M., Tarsitani, L., Colosimo, F., Martinelli, B., Raad, H., Maisano, B., & Geraci, S. (2005). Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(3), 241-248.
- Asylum Information Database [AIDA]. (2022, 8 avril). *Statistics : Belgium*. European Council on Refugees and Exiles. <https://asylumineurope.org/reports/country/belgium/statistics/>
- Barbieri, A. (2021). Time to rethink large refugee centres in Europe. *The Lancet Public Health*, 6(1), e8.
- Baubet, T., & Saglio-Yatzimirsky, M. C. (2019). Santé mentale des migrants : des blessures invisibles. Une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression. *La Revue du Praticien*, 69(6), 672-675.
- Belz, M., Belz, M., Özkan, I., & Graef-Calliess, I. T. (2017). Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcultural Psychiatry*, 54(5-6), 595-610.
- Bentley, J. A., Thoburn, J. W., Stewart, D. G., & Boynton, L. D. (2012). Post-migration stress as a moderator between traumatic exposure and self-reported mental health symptoms in a sample of Somali refugees. *Journal of Loss and Trauma*, 17(5), 452-469.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., McBain, R., & Brennan, R. T. (2013). Post-traumatic stress symptoms among former child soldiers in Sierra Leone: follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 196-202.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., ... & Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15(1), 1-41.
- 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.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(5), 897-910.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological assessment*, 28(11), 1379.

- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376.
- Bris, T. L. (2017). The Hopkins symptoms checklist in 25 items: translations in Castilian, Galician, Catalan, French, Greek, Italian, Polish, Bulgarian and Croatian synthesis. *Life Sciences*, 55. dumas-01537933
- Bruhn, M., Rees, S., Mohsin, M., Silove, D., & Carlsson, J. (2018). The range and impact of postmigration stressors during treatment of trauma-affected refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(1), 61-68.
- Brunnet, A. E., Bolaséll, L. T., Weber, J. L., & Kristensen, C. H. (2018). Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 17-25.
- Budowle, R., Arthur, M. L., & Porter, C. M. (2019). Growing intergenerational resilience for Indigenous food sovereignty through home gardening. *Journal of agriculture, food systems, and community development*, 9(B), 145.
- Bustamante, L. H., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40, 220-225.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International journal of social psychiatry*, 57(2), 107-119.
- Chu, T., Keller, A. S., & Rasmussen, A. (2013). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *Journal of immigrant and minority health*, 15(5), 890-897.
- Cleary, S. D., Snead, R., Dietz-Chavez, D., Rivera, I., & Edberg, M. C. (2018). Immigrant trauma and mental health outcomes among Latino youth. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(5), 1053-1059.
- Cohen, J. (2001). Errors of recall and credibility: Can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony?. *Medico-Legal Journal*, 69(1), 25-34.
- Colic-Peisker, V. (2009). Visibility, settlement success and life satisfaction in three refugee communities in Australia. *Ethnicities*, 9(2), 175-199.
- Comité pour la santé des exilés. (2018). *Rapport d'activité Comede 2017*. <https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2017/>

- Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides [CGRA]. (2022). *Statistiques d'asile Décembre 2021*. https://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques_dasile_decembre_2021_fr.pdf
- Conseil de l'Europe. (December 7, 2000). *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*. Art. 18. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf
- Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers. [CIRÉ] (2019, Juin). *Guide pratique de la procédure de protection internationale en Belgique* (2nd Ed.). <https://www.caritasinternational.be/wp-content/uploads/2019/07/Guide-pratique-de-la-proc%C3%A9dure-d39asile-en-Belgique-2019.pdf>
- Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers. [CIRÉ] (2019, Septembre). *On ne choisit pas de vivre sans papiers* (1st Ed.). <https://www.crilux.be/wp-content/uploads/2020/12/On-ne-choisit-pas-de-vivre-sans-papiers-Edition-2019.pdf>
- Croix-Rouge de Belgique. (2014). *Et après ? Note de réflexion basée sur une enquête sur les personnes en séjour illégal*. Document interne. <https://croix-rouge.be>
- Cummins, M. E. (2012). Post-traumatic stress disorder and asylum: Why procedural safeguards are necessary. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 29, 283.
- Danieli, Y. (2007). Assessing trauma across cultures from a multigenerational perspective. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 65-89). Springer, Boston, MA.
- Dapunt, J., Kluge, U., & Heinz, A. (2017). Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Translational psychiatry*, 7(6), e1149-e1149.
- Davis, R. M., & Davis, H. (2006). PTSD symptom changes in refugees. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 16(1), 10-19.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical psychology review*, 30(5), 479-495.
- Declercq, E., & Jamouille, P. (2016). Faire famille» en europe en etant irrégulier et porteur de «vécus extrêmes. *Migrations Société*, (2), p.134.
- Draimin, B. H., Levine, C., & McKelvy, L. (1998). AIDS and its traumatic effects on families. In *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp. 587-601). Springer, Boston, MA.
- Droits Quotidiens. (2022, 23 Mai). *Combien coûte une demande de titre de séjour?* <https://www.droitsquotidiens.be/fr/question/combien-coute-une-demande-de-titre-de-sejour>

- Eytan, A., Laurencon, M., Durieux-Paillard, S., & Ortiz, N. (2008). Consistency of autobiographical memories in asylum seekers. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 776-776.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Fennelly, K. (2004). *Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees*. School of International Migration and Ethnic Relations, Malmö University.
- Finklestein, M., & Solomon, Z. (2009). Cumulative trauma, PTSD and dissociation among Ethiopian refugees in Israel. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 38-56.
- Fortuna, L. R., Álvarez, K., Ortiz, Z. R., Wang, Y., Alegría, X. M., Cook, B. L., & Alegría, M. (2016). Mental health, migration stressors and suicidal ideation among Latino immigrants in Spain and the United States. *European psychiatry*, 36, 15-22.
- Fossion, P., Rejas, M. C., Pelc, I., Linkowski, P., & Hirsch, S. (2006, March). Résilience familiale et transmission transgénérationnelle du traumatisme de la Shoah. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 2, pp. 115-119). Elsevier Masson.
- Garcini, L. M., Peña, J. M., Gutierrez, A. P., Fagundes, C. P., Lemus, H., Lindsay, S., & Klonoff, E. A. (2017). "One scar too many:" The associations between traumatic events and psychological distress among undocumented Mexican immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 30(5), 453-462.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26.
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018, May). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. In *Seminars in cell & developmental biology* (Vol. 77, pp. 144-152). Academic Press.
- Gleeson, C., Frost, R., Sherwood, L., Shevlin, M., Hyland, P., Halpin, R., ... & Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1793567.
- Haeny, A. M., Woerner, J., Overstreet, C., Hicks, T. A., Ahuja, M., Amstadter, A. B., & Sartor, C. E. (2021). Measurement invariance of the World Assumptions Questionnaire across race/ethnic group, sex, and sexual orientation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

- Hecker, T., Huber, S., Maier, T., & Maercker, A. (2018). Differential associations among PTSD and complex PTSD symptoms and traumatic experiences and postmigration difficulties in a culturally diverse refugee sample. *Journal of Traumatic Stress, 31*(6), 795-804.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status—comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive psychiatry, 55*(4), 818-825.
- Hengst, S. M., Smid, G. E., & Laban, C. J. (2018). The effects of traumatic and multiple loss on psychopathology, disability, and quality of life in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease, 206*(1), 52-60.
- Hocking, D. C., Kennedy, G. A., & Sundram, S. (2015). Mental disorders in asylum seekers: The role of the refugee determination process and employment. *The Journal of nervous and mental disease, 203*(1), 28-32.
- Hocking, D. C., Kennedy, G. A., & Sundram, S. (2015). Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry Research, 230*(2), 628-636.
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *bmj, 352*.
- Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D., & Strathdee, S. A. (2016). Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PLoS one, 11*(7), e0159134.
- Hou, W. K., Hall, B. J., & Hobfoll, S. E. (2018). Drive to thrive: A theory of resilience following loss. In *Mental health of refugee and conflict-affected populations* (pp. 111-133). Springer, Cham.
- Hou, W. K., Liu, H., Liang, L., Ho, J., Kim, H., Seong, E., ... & Hall, B. J. (2020). Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 264*, 50-68.
- Ichikawa, M., Nakahara, S., & Wakai, S. (2006). Effect of post-migration detention on mental health among Afghan asylum seekers in Japan. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(4), 341-346.
- Jannesari, S., Hatch, S., Prina, M., & Oram, S. (2020). Post-migration social–environmental factors associated with mental health problems among asylum seekers: A systematic review. *Journal of immigrant and minority health, 22*(5), 1055-1064.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition, 7*(2), 113.

- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical psychology review*, 28(1), 36-47.
- Kaler, M. E., Frazier, P. A., Anders, S. L., Tashiro, T., Tomich, P., Tennen, H., & Park, C. (2008). Assessing the psychometric properties of the World Assumptions Scale. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 326-332.
- Kaler, M. E. (2009). *The World Assumptions Questionnaire: Development of a measure of the assumptive world*. University of Minnesota.
- Kaltenbach, E., Schauer, M., Hermenau, K., Elbert, T., & Schalinski, I. (2018). Course of mental health in refugees—A one year panel survey. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 352.
- Keygnaert, I., Vettenburg, N., & Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, health & sexuality*, 14(5), 505-520.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967.
- Knefel, M., Kantor, V., Nicholson, A. A., Schiess-Jokanovic, J., Weindl, D., Schäfer, I., & Lueger-Schuster, B. (2020). A brief transdiagnostic psychological intervention for Afghan asylum seekers and refugees in Austria: a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-9.
- Krahn, H., Derwing, T., Mulder, M., & Wilkinson, L. (2000). Educated and underemployed: Refugee integration into the Canadian labour market. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'integration et de la migration internationale*, 1(1), 59-84.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H. J., & Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 748-753.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843-851.
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(7), 507-515.

- Lambert, S., & Swerts, T. (2019). " From sanctuary to welcoming cities": negotiating the social inclusion of undocumented migrants in Liège, Belgium. *Social Inclusion*, 7(4), 90-99.
- Lau, A. S., Tsai, W., Shih, J., Liu, L. L., Hwang, W. C., & Takeuchi, D. T. (2013). The immigrant paradox among Asian American women: are disparities in the burden of depression and anxiety paradoxical or explicable?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 901.
- LeMaster, J. W., Broadbridge, C. L., Lumley, M. A., Arnetz, J. E., Arfken, C., Feters, M. D., ... & Arnetz, B. B. (2018). Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: A path analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(1), 38.
- Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 22.
- Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current psychiatry reports*, 18(9), 1-9.
- Liebenberg, L., & Moore, J. C. (2018). A social ecological measure of resilience for adults: The RRC-ARM. *Social Indicators Research*, 136(1), 1-19.
<https://doi.org/10.1007/s11205-016-1523-y>.
- Lies, J., Drummond, S. P., & Jobson, L. (2020). Longitudinal investigation of the relationships between trauma exposure, post-migration stress, sleep disturbance, and mental health in Syrian refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1825166.
- Ligue des droits de l'Homme. (2016). *Guide pratique et d'orientation des migrants*. (1st ed.)
http://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2016/09/ldh_guide%20du%20migrant.pdf
- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(2), 121-131.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 69(2), 246-257.
- Lolk, M., Byberg, S., Carlsson, J., & Norredam, M. (2016). Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression—a prospective cohort study. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-12.

- Mahieu, R., & Van Caudenberg, R. (2020). Young refugees and locals living under the same roof: intercultural communal living as a catalyst for refugees' integration in European urban communities?. *Comparative Migration Studies*, 8(1), 1-17.
- Manciaux, M. (2001). La résilience. *Études*, 395(10), 321-330.
- Mansouri, F., Leach, M., & Traies, S. (2006). Acculturation experiences of Iraqi refugees in Australia: the impact of visa category. *Journal of Intercultural Studies*, 27(4), 393-412.
- Matos, L., Costa, P. A., Park, C. L., Indart, M. J., & Leal, I. (2021). 'The War Made Me a Better Person': Syrian Refugees' Meaning-Making Trajectories in the Aftermath of Collective Trauma. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8481.
- Mazzetti, M. (2008). Trauma and migration: A transactional analytic approach toward refugees and torture victims. *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 285-302.
- Mescoli, E. (2021). Multi-level governance and sanctuary cities: The case of Liège (Belgium) and undocumented migrants. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 19(3), 287-300.
- Migrants-Refugees. (2020, March). *Migration Profile: Belgium*. <https://migrants-refugees.va/country-profile/belgium/>
- Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *The American journal of psychiatry*.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185(7), 357-361.
- Mooren, G. T. M., & Kleber, R. J. (2001). The impact of war in Bosnia and Herzegovina: Devastated trust. *International Journal of Mental Health*, 30(2), 6-21.
- Munsoor, H. S. (2019). God in times of adversity: A mixed-methods study investigating the relationship between religious coping and identification on the trauma appraisals and world assumptions of Muslim refugees/asylum seekers.
- Murphy, H. B. M. (1977). Migration, culture and mental health¹. *Psychological medicine*, 7(4), 677-684.
- Murphy, F., & Vieten, U. M. (2022). Asylum seekers and refugees in Northern Ireland: the impact of post-migration stressors on mental health. *Irish journal of psychological medicine*, 39(2), 163-172.

- Myria. (2021). *Le retour, la détention et l'éloignement des étrangers en 2019* (Myriatics #13). https://www.myria.be/files/Myriatics_13-_Retour_detention_%C3%A9loignement.pdf
- Newnham, E. A., Pearman, A., Olinga-Shannon, S., & Nickerson, A. (2019). The mental health effects of visa insecurity for refugees and people seeking asylum: a latent class analysis. *International journal of public health*, 64(5), 763-772.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Steel, Z., Silove, D., & Brooks, R. (2010). The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *Journal of psychiatric research*, 44(4), 229-235.
- Nickerson, A., Byrow, Y., O'Donnell, M., Mau, V., McMahon, T., Pajak, R., ... & Liddell, B. J. (2019). The association between visa insecurity and mental health, disability and social engagement in refugees living in Australia. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1688129.
- Nickerson, A., Hoffman, J., Schick, M., Schnyder, U., Bryant, R. A., & Morina, N. (2018). A longitudinal investigation of moral injury appraisals amongst treatment-seeking refugees. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 667.
- Nickerson, A., Steel, Z., Bryant, R., Brooks, R., & Silove, D. (2011). Change in visa status amongst Mandaean refugees: Relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry research*, 187(1-2), 267-274.
- Organisation Internationale pour les Migrations. [OIM] (2022, 6 Août). *Décès sur les routes migratoires enregistrés depuis 2014*. <https://missingmigrants.iom.int/fr/donnees>
- Organisation Internationale pour les Migrations. [OIM] (1997). *Terminology and Typologies of Migration*. IOM Overview of International Migration, Migration Management Training Programme, IOM Geneva.
- Orley, J. (1994). Psychological disorders among refugees: some clinical and epidemiological considerations. In A. J. Marsella, T. Borneman, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees* (pp. 193–206). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patel, S. (2011). *Health and Asylum: what is the influence of asylum-processes on asylum-seekers' health*. Doctoral dissertation. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Perruchoud, R. (2007). *Glossaire de la Migration. Droit International de la Migration*. International Organization for Migration [IOM].
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612.

- Posselt, M., McIntyre, H., Ngcanga, M., Lines, T., & Procter, N. (2020). The mental health status of asylum seekers in middle-to high-income countries: a synthesis of current global evidence. *British Medical Bulletin*, 134(1), 4-20.
- Procter, N. G., Kenny, M. A., Eaton, H., & Grech, C. (2018). Lethal hopelessness: Understanding and responding to asylum seeker distress and mental deterioration. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 448-454.
- Rasmussen, A., Rosenfeld, B., Reeves, K., & Keller, A. S. (2007). The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 137-143.
- Resilience Research Centre. (2022). *CYRM and ARM user manual v2.5*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University. Retrieved from <http://www.resilienceresearch.org/>
- Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., ... & Derluyn, I. (2015). What health care for undocumented migrants in Belgium?. *KCE reports*, 257.
- Robjant, K., Robbins, I., & Senior, V. (2009). Psychological distress amongst immigration detainees: A cross-sectional questionnaire study. *British journal of clinical psychology*, 48(3), 275-286.
- Schick, M., Morina, N., Mistridis, P., Schnyder, U., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2018). Changes in post-migration living difficulties predict treatment outcome in traumatized refugees. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 476.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., ... & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 28057.
- Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 26286.
- Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 299-307.
- Schweitzer, R., Greenslade, J., & Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 282-288.

- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187.
- Sciensano. (2018). *Health Interview Survey*. <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey>
- Silove, D. (2013). The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*, 11(3), 237-248.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 351.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 175-181.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Brooks, R., ... & Harris, E. (2006). Torture, mental health status and the outcomes of refugee applications among recently arrived asylum seekers in Australia. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2(1), 4-14.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., ... & Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. *American journal of disaster medicine*, 2(6), 321-329.
- Silove, D., Steel, Z., & Watters, C. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *Jama*, 284(5), 604-611.
- Sinnerbrink, I., Silove, D., Field, A., Steel, Z., & Manicavasagar, V. (1997). Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *The Journal of psychology*, 131(5), 463-470.
- Siriwardhana, C., & Stewart, R. (2013). Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *International health*, 5(1), 19-23.
- Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M. G., Heriseanu, A., & Hasan, T. (2015). A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries. *Journal of immigrant and minority health*, 17(4), 1231-1239.

- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.
- Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Harding, C. E., & Theorell, T. (2017). The psychological consequences of pre-emigration trauma and post-migration stress in refugees and immigrants from Africa. *Journal of immigrant and minority health*, 19(3), 523-532.
- Steel, Z., Frommer, N., & Silove, D. (2004). Part I—The mental health impacts of migration: The law and its effects: Failing to understand: Refugee determination and the traumatized applicant. *International journal of law and psychiatry*, 27(6), 511-528.
- Steel, Z., Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J., & Tay, K. W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social science & medicine*, 72(7), 1149-1156.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of traumatic stress*, 12(3), 421-435.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. N. A. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The british journal of psychiatry*, 188(1), 58-64.
- Sullivan, M. M., & Rehm, R. (2005). Mental health of undocumented Mexican immigrants: a review of the literature. *Advances in nursing science*, 28(3), 240-251.
- Tay, K., Frommer, N., Hunter, J., Silove, D., Pearson, L., San Roque, M., ... & Steel, Z. (2013). A mixed-method study of expert psychological evidence submitted for a cohort of asylum seekers undergoing refugee status determination in Australia. *Social Science & Medicine*, 98, 106-115.
- Tay, A. K., Rees, S., Miah, M. A. A., Khan, S., Badrudduza, M., Morgan, K., ... & Silove, D. (2019). Functional impairment as a proxy measure indicating high rates of trauma exposure, post-migration living difficulties, common mental disorders, and poor health amongst Rohingya refugees in Malaysia. *Translational psychiatry*, 9(1), 1-9.
- Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., & Santillanes-Allande, N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *salud pública de méxico*, 57(3), 227-233.
- Teodorescu, D. S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. O. R. E., & Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 53(4), 316-332.

- Ter Heide, F. J. J., Sleijpen, M., & van der Aa, N. (2017). Posttraumatic world assumptions among treatment-seeking refugees. *Transcultural psychiatry*, 54(5-6), 824-839.
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ open*, 7(12), e018899.
- Trilesnik, B., Altunoz, U., Wesolowski, J., Eckhoff, L., Ozkan, I., Loos, K., ... & Graef-Calliess, I. T. (2019). Implementing a need-adapted stepped-care model for mental health of refugees: preliminary data of the state-funded project “Refukey”. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 688.
- United Nations [UN]. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Art. 14. [A/RES/217A (III)] https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf
- United Nations [UN]. (July 28, 1951). *Convention Relating to the Status of Refugees*, Treaty Series, vol. 189. <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2014) *Global Trends 2013*. <https://www.unhcr.org/5399a14f9>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2021) *Global Trends : Forced displacement in 2020*. <https://www.unhcr.org/60b638e37>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2022) *Tendances mondiales : déplacement forcé en 2021*. <https://www.unhcr.org/fr/62aae6e24>
- Usama, E. A., Fathi, A., Vasileva, M., Petermann, F., & Reinelt, T. (2021). Acculturation orientations and mental health when facing post-migration stress: Differences between unaccompanied and accompanied male Middle Eastern refugee adolescents, first-and second-generation immigrant and native peers in Germany. *International Journal of Intercultural Relations*, 82, 232-246.
- Van Meeteren, M., Engbersen, G., & van San, M. (2007). Irreguliere immigranten in België. Erasmus Universiteit.
- Van Wijnendaele, R., Nadeau, C., Kaszuba, M., & Snacken, J. (2018). Voyages pathologiques dans une population de migrants: une étude rétrospective. *L'Encéphale*, 44(4), 392-393.
- Walker, S., von Werthern, M., Brady, F., & Katona, C. (2021). Mental health of forced migrants recently granted leave to remain in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 188-196.

- Warfa, N., Bhui, K., Craig, T., Curtis, S., Mohamud, S., Stansfeld, S., ... & Thornicroft, G. (2006). Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health & place*, 12(4), 503-515.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Wu, S., Renzaho, A. M., Hall, B. J., Shi, L., Ling, L., & Chen, W. (2021). Time-varying associations of pre-migration and post-migration stressors in refugees' mental health during resettlement: a longitudinal study in Australia. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 36-47.
- Zimbrea, P., Dahal, R., & Annamalai, A. (2014). Refugee health care: an essential medical guide. In *Refugee health care: an essential medical guide* (pp. 150-164). New York: Springer.
- Zukerman, G., & Korn, L. (2014). Post-traumatic stress and world assumptions: The effects of religious coping. *Journal of religion and health*, 53(6), 1676-1690.

Résumé

Objectif : Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer les différences en termes de santé mentale entre les migrants réguliers et les migrants irréguliers en Belgique. Nous souhaitons également identifier les difficultés post-migratoires rencontrées par ces deux groupes sur le territoire belge, et mesurer leur impact sur leurs niveaux de traumatisme, de résilience, d'anxiété, de dépression, et sur leur vision du monde.

Méthodologie : Cette étude a été réalisée auprès de 70 participants, âgés de 18 à 68 ans, étant soit en situation régulière, soit en situation irrégulière sur le territoire belge. Notre récolte de données incluait la passation d'un questionnaire sociodémographique, du *Post-Migration Living Difficulties Checklist* (PMLD) pour la mesure des difficultés post-migratoires, du *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-V version* (PCL-5) pour la mesure du trouble de stress post-traumatique, du *World Assumptions Questionnaire* (WAQ) pour la mesure de la vision du monde, du *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25) pour la mesure de troubles dépressifs et anxieux, et du *Adult Resilience Measure - Revised* (ARM-R) pour la mesure de la résilience.

Résultats : Il ressort de nos analyses que la santé mentale des migrants irréguliers est moins bonne que celle des migrants réguliers, avec des niveaux plus élevés de traumatisme, d'anxiété et de dépression, une vision du monde plus négative, un sentiment de contrôle moindre, et une résilience totale et personnelle plus faibles. Nos résultats ont également pu mettre en évidence que les difficultés post-migratoires étaient plus graves et plus nombreuses pour les migrants irréguliers que pour les migrants réguliers, et qu'elles portaient sur des thématiques différentes entre les deux groupes. Enfin, nos analyses indiquent que les difficultés post-migratoires influenceraient différenciellement la santé mentale des migrants réguliers et irréguliers.

Conclusion : Le fait que le vécu post-migratoire occupe une si grande place dans la santé mentale des populations migrantes soulève des considérations cliniques, politiques et sociétales importantes. Par ailleurs, il semblerait que les migrants irréguliers représentent un groupe migratoire distinct, avec ses propres spécificités en termes de parcours migratoire et de santé mentale. Par conséquent, l'apport de futures recherches sur ces domaines peu étudiés du parcours post-migratoire et de la migration irrégulière révèle un intérêt certain pour ce champ d'étude.