

Université catholique de Louvain



Faculté de Médecine

Ecole de santé publique

**Recherche en systèmes de santé
Health systems research**

SESA – CIES Socioéconomie de la santé

Pr D Delière, Pr MC Closon, Pr X Leroy

RESO - Education pour la santé

Pr A Deccache

HOSP - Sciences hospitalières et médicosociales

Pr E Darras, Pr W D'Hoore

INFM – Informatique médicale

Pr F Roger France

PVD – Pays en développement

Pr M Malengreau

Projet UNI-SOL (Partie II)

Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique

**Comment les services de Promotion de la Santé à l'Ecole peuvent-ils promouvoir la
santé des adolescents dans le cadre des bilans de santé ?**

Rapport de recherche

Juin 2005

Florence Renard, Alain Deccache

Projet soutenu par l'Université catholique de Louvain et le Fonds Houtman

UNITE RESO – EDUCATION POUR LA SANTE – EDUCATION DU PATIENT

Centre collaborateur O.M.S. - documentation Service agréé Ministère de la santé - CFB Agréé formation permanente

Adresse postale : RESO 5070, Centre Faculté -1, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles, Belgique EMail: joris@reso.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 7645070 - RESOdoc: +32 (0)2 7645037 - Fax/Télécopie: +32 (0)2 7645074 - WEB :

www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	3
LE PROJET UNISOL EN BELGIQUE ET A L'UCL.....	5
1. INTRODUCTION et METHODE.....	6
2. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA SANTE DES ADOLESCENTS IMMIGRANTS DE PREMIERE GENERATION	8
3. ENQUETE SUR LA SANTE ET LA QUALITE DE VIE DES ADOLESCENTS PRIMO-ARRIVANTS MENEES DANS LE CADRE DES BILANS DE SANTE	28
4. EVALUATION DU DEVENIR ET DE LA QUALITE DE VIE DES ADOLESCENTS PRIMO- ARRIVANTS APRES UN AN	40
5. IMPLANTATION D'UN NOUVEAU MODELE DE CONSULTATION MEDICALE SCOLAIRE.....	51
6. RAPPORT SUR LA SANTE PHYSIQUE DES ENFANTS PRIMO-ARRIVANTS	52
7. CONCLUSIONS.....	58

RESUME

En Communauté française de Belgique, les enfants et les adolescents primo-arrivants scolarisés, qu'ils soient dans une « classe-passerelle »¹ ou non, rencontrent l'équipe médicale scolaire lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée par le service de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

Lors du bilan de santé, la communication avec ces élèves qui ne maîtrisent pas encore le français n'est pas facile pour le médecin et l'infirmière. Les informations fournies dans les questionnaires remplis par les parents sont souvent manquantes. Le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas tous les aspects de leur santé, et par là de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace (conseils et informations, recours à l'aide médicale urgente, référence vers un spécialiste ou un centre de guidance, suivi par l'équipe PMS). Ces enfants et adolescents subissent le même bilan de santé que leurs pairs belges (examens bio-métrique et clinique, état vaccinal), mais ont spécifiquement un suivi du dépistage de la tuberculose car la prévalence de celle-ci à l'arrivée est de loin supérieure à la population belge².

C'est dans ce contexte qu'une recherche-action a été menée par l'unité RESO d'éducation pour la santé de l'UCL. Cette recherche faisait partie d'un projet plus large impliquant quatre universités francophones³ : le projet UNISOL (acronyme de « Universités Solidaires pour la santé des défavorisés »), piloté depuis 2002 par la Fondation Houtman d'aide à l'enfance en difficulté.

La recherche-action visait à : évaluer la santé globale et la qualité de vie des adolescents primo-arrivants ; identifier leurs besoins individuels et collectifs ; renforcer la prévention et la promotion de la santé à la consultation de médecine scolaire.

Une recherche documentaire portant sur la santé des adolescents de « première génération » a tout d'abord été effectuée. Par définition, les adolescents de première génération sont nés dans un pays étranger et ont donc vécu la migration vers un pays plus développé. Les résultats ont montré que les adolescents de première génération présentaient un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger). Mais on observe une détérioration de la santé physique et mentale des jeunes avec la durée de séjour dans le pays d'accueil⁴.

Une enquête a ensuite été menée auprès de 158 adolescents primo-arrivants. Les adolescents étaient issus de classes-passerelles de 3 écoles secondaires bruxelloises. En plus des données de la visite médicale, ils ont été interrogés directement par un questionnaire de qualité de vie

¹ Par le décret du 14 juin 2001, une structure d'enseignement adaptée a été mise en place pour les élèves primo-arrivants étant amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en CFB alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française : il s'agit des « classes-passerelles » (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française). La classe-passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale des élèves primo-arrivants dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21 en CFB.

² La FARES (Fonds des Affections Respiratoires asbl) en 2004 donnait un chiffre de l'ordre de 30 fois plus de tuberculose chez les demandeurs d'asile que dans la population belge.

³ L'UCL (Prof. A. Deccache), l'ULB (Prof. P. Humblet), l'Ulg (Prof. M. Born) et l'UMH (Prof. Pourtois).

⁴ Renard F. Doumont D. Immigration et santé des adolescents. Dossier technique UCL, Octobre 2004, téléchargeable sur : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/Dos30.pdf>

traduit en différentes langues. Ce questionnaire a permis de déceler l'état de santé mentale de ces adolescents, donnée qui n'est habituellement pas recherchée dans les bilans de santé organisés par les services PSE. Les résultats ont montré des adolescents en bonne santé physique, mais les préoccupations de santé sont nombreuses. La moitié des jeunes mentionnent l'avenir comme préoccupation. On observe une dégradation de la qualité de vie selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique. La QV est significativement inférieure chez les adolescents n'ayant pas de soutien social : 48,0 contre 60,6 chez les adolescents ayant un soutien social (existence d'une personne ressource dans l'entourage), sur une échelle de 0 à 100⁵.

Un nouveau modèle de consultation médicale scolaire a été mis en place dans un centre de santé scolaire, tenant davantage compte des déterminants psycho-sociaux et comportementaux de la santé des adolescents et basée sur un travail en réseau interdisciplinaire. Ce modèle consistait en un *bilan de santé adapté* selon les besoins mis en évidence par le questionnaire, incluant un entretien et un examen clinique, suivi d'une *concertation* avec les intervenants psycho-médico-sociaux de l'équipe de médecine scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social).

La santé perçue et la qualité de vie ont été ré-évaluées à un an. Les scores de qualité de vie montrent une dégradation du bien-être psychologique des adolescents primo-arrivants, de leur optimisme et de leur bien-être à l'école. Cette dégradation est cependant moindre dans le groupe pilote que dans un groupe témoin ne bénéficiant pas du nouveau dispositif d'intervention.

Cette recherche-action a mis en évidence la nécessité d'une approche spécifique et plus globale de la santé des adolescents migrants récents, et la contribution que peut avoir la médecine scolaire dans l'identification de leurs besoins bio-psycho-sociaux et la réponse préventive apportée.

⁵ Renard F. et al. Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire. Arch Pédiatr, à paraître.

LE PROJET UNISOL EN BELGIQUE ET A L'UCL

Uni-Sol : « Universités Solidaires pour la santé des défavorisés »

Uni-Sol est un projet qui résulte de la conférence mondiale sur « Les Universités et la santé des défavorisés » organisée par l'OMS, l'UNESCO et l'Université d'Arizona en juillet 1999. Lors de cette conférence, le rôle citoyen de premier plan que peuvent et que devraient jouer les universités dans l'étude, les recherches-actions et les solutions nécessaires pour résoudre les problèmes de santé des populations défavorisées a été clairement mis en évidence. Notamment par le biais d'une charte, la « Charte d'Arizona ». L'Université d'Arizona a relayé les principes de cette charte sous la forme d'un projet international intitulé Uni-Sol.

La Belgique a décidé en 2002 de participer à ce projet via un projet commun inter-universitaire ayant comme thème général la résilience des familles primo-arrivantes en Communauté française de Belgique. Le projet a été coordonné par le Fonds Houtman d'aide à l'enfance en difficulté, qui a lancé un appel à projets aux quatre universités francophones. Chaque université a développé un projet spécifique autour de ce thème. Une des exigences du projet global était de mettre en place des recherches-actions sur le terrain. Des séances de travail interdisciplinaires et inter-universitaires ont eu lieu régulièrement.

Dès 2002, l'UCL a proposé que sa collaboration au projet Uni-Sol s'appuie sur le « projet Schaerbeek » développé depuis 1997 au Centre de Santé (service de médecine scolaire). L'objectif général de ce projet est de promouvoir la santé globale des enfants de familles défavorisées.

Les recherches développées dans le cadre du projet Uni-Sol visaient à développer autour de l'école un partenariat entre les différentes structures locales et les universités de manière à promouvoir un environnement médico-psycho-social favorable à la santé des enfants primo-arrivants. Deux recherches-actions ont eu lieu dans ce cadre :

- la première consistait en un travail de suivi mené auprès de familles dont l'enfant présentait un problème de santé dépisté lors du bilan de santé scolaire
- l'autre visait l'amélioration de la prise en compte des besoins de santé des adolescents dans le cadre des bilans de santé scolaire

Le présent rapport concerne ce deuxième volet.

1. INTRODUCTION et METHODE

Problématique générale

La migration est généralement vécue par les familles qui arrivent dans nos pays comme un grand bouleversement de l'existence. La décision de quitter le pays d'origine est difficile à prendre et lourde de conséquences. L'installation en Belgique mobilise énormément d'énergie et s'accompagne souvent de pertes importantes.

La famille primo-arrivante est amenée à faire face à un certain nombre de changements inhérents à la migration, changements qui ont des effets sur l'équilibre familial et sur l'insertion sociale de ce noyau familial :

- le biculturalisme et le bilinguisme,
- le médiocre niveau socio-économique,
- les remaniements familiaux secondaires aux nouvelles conditions de vie

Les démarches administratives et professionnelles, nombreuses et souvent longues, représentent un parcours difficile et obligé. Les attitudes publiques défavorables, la séparation de la famille de la collectivité, l'incapacité de parler le français, l'impossibilité de trouver un emploi approprié et la méconnaissance du réseau de soins de santé sont autant de facteurs qui contribuent à la vulnérabilité des groupes de nouveaux immigrants.

Tous les changements liés à la migration vont avoir un impact sur le processus d'adaptation de chacun des membres de la famille, sur sa santé et son bien-être. On sait que l'interrelation entre les problèmes psychosociaux et la santé physique des migrants est étroite.

L'enfant, par sa fragilité même, par sa dépendance envers ses parents, par sa socialisation en cours au travers de la scolarisation est au centre des questions soulevées par la migration. L'adolescence en particulier semble être une période de grande vulnérabilité, situant le jeune au carrefour de deux âges et de deux cultures.

Les populations primo-arrivantes confrontent les professionnels médico-sociaux à un paradoxe, puisqu'il s'agit d'un public très spécifique nécessitant une prise en charge adaptée, mais que par ailleurs ce public est trop peu nombreux pour véritablement susciter la mobilisation des acteurs.

Dans le contexte de la médecine scolaire, la systématisation des bilans de santé des enfants primo-arrivants qui arrivent dans les écoles constitue une opportunité d'action, qui est renforcée par la possibilité donnée par le décret relatif à la promotion de la santé à l'école de mener des activités au sein des classes.

Objectifs et méthodes

Ce travail visait à améliorer la prise en compte des besoins de santé des adolescents dans le cadre des bilans de santé scolaire.

Une recherche documentaire portant sur la santé des adolescents de « première génération » a tout d'abord été effectuée.

Une enquête a ensuite été menée auprès de 158 adolescents primo-arrivants. En plus des données de la visite médicale, ils ont été interrogés directement par un questionnaire de qualité de vie traduit en différentes langues. Ce questionnaire a permis de déceler l'état de santé mentale de ces adolescents, donnée qui n'est habituellement pas recherchée dans les bilans de santé organisés par les services PSE.

Un nouveau modèle de consultation médicale scolaire a été mis en place dans un centre de santé scolaire, tenant davantage compte des déterminants psycho-sociaux et comportementaux de la santé des adolescents et basée sur un travail en réseau interdisciplinaire.

La santé perçue et la qualité de vie ont été ré-évaluées à un an.

Dans le présent rapport, chacune de ces étapes fait l'objet d'un chapitre détaillant ses objectifs spécifiques et les méthodes utilisées.

Le dernier chapitre est consacré à des données de santé physique recueillies dans les dossiers médicaux d'enfants de 3 à 12 ans.

2. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA SANTE DES ADOLESCENTS IMMIGRANTS DE PREMIERE GENERATION

Immigration et santé des adolescents – Revue de la littérature

F.Renard, D.Doumont

Dossier Technique paru en Octobre 2004

Téléchargeable sur internet : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/Dos30.pdf>

RESUME

Objectifs

L'objectif de cette revue de la littérature est de : (1) faire le point sur l'état actuel des connaissances concernant la santé physique, comportementale, mentale et sociale des adolescents immigrés de première génération, et son évolution dans le temps ; et (2) comparer la santé des adolescents de première et de deuxième génération.

Méthodes

17 études récentes (<5 ans) ont été sélectionnées sur les bases de données Medline, PsycINFO et Sciencedirect et analysées selon le domaine de santé investigué.

Résultats

Les études font généralement une comparaison entre les adolescents de première génération et d'autres groupes de jeunes :

- Les adolescents de première génération présentent un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger) : on observe une augmentation trans-générationnelle de modes de vie néfastes, les jeunes de deuxième génération ayant un mode de vie plus sédentaire (moins d'activité physique, plus d'utilisation de la TV et des jeux), une alimentation moins équilibrée, plus de comportements à risque (consommation d'alcool, de drogues, sexualité) que ceux de première génération.
- Les adolescents de première génération ont une santé mentale tantôt équivalente tantôt moindre que les adolescents de deuxième génération et que les adolescents natifs du pays d'accueil. Mais les recherches sont insuffisantes concernant l'état de santé mentale et leurs résultats semblent parfois contradictoires.
- Dans l'ensemble, bien que les études longitudinales soient rares, on observe une détérioration de la santé des jeunes de première génération avec la durée de séjour dans le pays d'accueil, en particulier concernant les dimensions physique et comportementale de la santé. On observe une augmentation des comportements à risque avec la durée de séjour.

Conclusion

Ces résultats mettent en évidence l'importance d'identifier précocement les besoins de santé des adolescents de première génération pour mettre en place des actions de promotion de la santé et de prévention visant à préserver leur capital santé.

1. Introduction

En Communauté française de Belgique (CFB), le terme « primo-arrivant » est donné aux enfants et aux adolescents réfugiés (ou enfants de réfugiés), apatrides ou ressortissant d'un pays considéré comme pays en voie de développement, arrivés depuis moins d'un an dans le pays.

Par le décret du 14 juin 2001, une structure d'enseignement adaptée a été mise en place pour les élèves primo-arrivants étant amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en CFB alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française : il s'agit des « classes-passerelles » (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française). La classe-passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale des élèves primo-arrivants dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21 en CFB.

Les adolescents primo-arrivants scolarisés, qu'ils soient dans une classe-passerelle ou non, rencontrent l'équipe médicale scolaire lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée par le service de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

Lors du bilan de santé, la communication avec ces jeunes qui ne maîtrisent pas encore le français n'est pas facile pour le médecin et l'infirmière. Les informations fournies dans les questionnaires remplies par les parents sont souvent manquantes. Le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas tous les aspects de leur santé, et par là de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace.

Nous ne disposons que de peu de données concernant la santé et ses déterminants chez les adolescents récemment immigrés. Ce dossier fait le point des connaissances sur ce sujet à travers une revue de la littérature scientifique.

2. Définitions

- Le terme « **primo-arrivant** » est spécifique à la langue française. A part en CFB et en France, il semble n'être que peu utilisé dans la littérature francophone.
- Le terme « **première génération** » est par contre utilisé beaucoup plus fréquemment. Il désigne les adolescents nés dans un pays étranger. C'est la durée de séjour dans le pays d'accueil qui caractérise les primo-arrivants. D'autres auteurs parlent d'adolescents « immigrants récents ».
Les adolescents réfugiés représentent une sous-population unique parmi les immigrants de première génération. En effet, bien que les problèmes auxquels doivent faire face les jeunes immigrants et les jeunes réfugiés à leur arrivée dans le pays d'accueil se ressemblent à certains égards (par exemple les barrières linguistiques, l'isolement social), les enfants et les adolescents réfugiés sont davantage exposés à des problèmes de santé mentale que les immigrants.
- Les adolescents de « **seconde génération** » sont les adolescents nés en Belgique d'au moins un parent né à l'étranger.

D'une manière générale, en population adulte, il semblerait que les immigrants de première génération soient en meilleure santé (physique) que ceux de deuxième

génération et que ceux natifs du pays hôte, mais que l'état de santé des immigrants se détériore avec le temps (Hyman 2001).

Hyman (2004) parle de « **l'effet de l'immigrant en bonne santé** » (« healthy immigrant effect ») d'après l'observation que les immigrants (hommes et femmes) ont souvent un état de santé supérieur à la population née au Canada à leur arrivée au pays, mais qu'ils perdent cet avantage avec le temps. Cet effet résulterait d'une part d'un processus d'auto-sélection qui, fondamentalement, inclut les individus qui peuvent et souhaitent partir et écarte ceux qui sont malades, qui souffrent d'incapacités ou qui vivent dans un établissement; et d'autre part d'un processus d'immigration qui sélectionne les « meilleurs » immigrants sur la base du niveau d'études, de la connaissance de la langue et des compétences professionnelles, caractéristiques qui facilitent l'intégration sociale et économique et qui vont de pair avec un mode de vie sain.

L'**acculturation** est définie comme le processus d'intégration de nouvelles valeurs et attitudes et de nouveaux comportements (Hyman 2001). L'acculturation fournit un cadre pour comprendre la relation entre la migration et les changements consécutifs sur le plan de la santé. L'acculturation influence indirectement l'état de santé par le biais des comportements face à la santé et de changements qui surviennent au niveau du soutien social et du stress.

3. Objectifs de la revue de littérature

Le but de cette étude est de faire le point de la recherche sur l'état de santé des adolescents de première génération et son évolution dans le temps.

Les études longitudinales étant rares, nous comparons les résultats concernant la santé des adolescents selon leur statut générationnel, défini par le lieu de naissance. Bien que cette approche présente un certain nombre de limites, l'avantage est qu'elle permet de comparer l'état de santé des membres d'un groupe ethnique nés à l'étranger et nés dans le pays d'accueil et d'observer les changements en fonction de la durée de séjour dans le pays (Hyman 2001).

Les objectifs spécifiques du présent rapport sont les suivants :

- 1) Recenser les études récentes s'intéressant à la santé des adolescents immigrants de première génération et décrire leurs caractéristiques (lieu et type d'études, description des échantillons, indicateurs et mesures utilisés).
- 2) Analyser les domaines investigués (physique et/ou comportements de santé, mental, social)
- 3) Présenter un état des lieux de la santé des adolescents immigrants de première génération.
- 4) Étudier l'influence de la durée de séjour des adolescents dans le pays d'accueil sur l'état de santé global des adolescents.

4. Méthodologie

- Méthode de recherche et critères de sélection des études

La majorité des études ont été localisées à travers une recherche bibliographique menée sur les bases de données Medline, PsycInfo et Scencedirect, en utilisant les termes « immigration », « immigrants », « acculturation », « santé », « santé mentale »,

« qualité de vie » en combinaison avec différents termes associés à « adolescents » (dernier accès en juillet 2004).

Cette méthode a été complétée d'une recherche manuelle, via les bibliographies de ces études ou des recherches sur internet.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- des études récentes (<5 ans),
 - concernant des adolescents immigrés de première génération,
 - d'un âge compris entre 12 et 18 ans,
 - immigrés dans des pays développés (Europe, Etats-Unis, Canada)
 - en provenance de pays moins développés (Europe de l'Est, Afrique, Amérique latine, Asie)
- Méthode d'analyse
- Analyse des échantillons

Dans la littérature, de nombreuses études utilisent comme indicateur d'immigration la nationalité ou le groupe ethnique des individus (les populations « immigrées » étant celles de nationalité ou de groupe ethnique étrangers), ou encore la langue parlée à la maison. Cette méthode présente de nombreuses limites puisqu'elle ne fournit pas d'informations sur la migration.

Nous avons préféré choisir le lieu de naissance des adolescents comme indicateur d'immigration. Les adolescents de « première génération » sont par définition nés dans un pays autre que le pays d'accueil (ces adolescents ont donc vécu la migration). Les adolescents de « deuxième génération » sont nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger. Cette définition nécessiterait de connaître le lieu de naissance des parents, mais cette information n'étant généralement pas disponible dans les études, nous entendons par « deuxième génération » les « deuxième génération ou plus ».

- Analyse des domaines de santé investigués

Pour chaque étude, nous avons identifié les domaines de santé investigués parmi les suivants :

- la santé physique
- les comportements de santé
- la santé mentale
- la santé sociale

5. Caractéristiques des études sélectionnées

	Auteur	Lieu	Échantillon d'adolescents immigrants de première génération			
			N	% de l'échantillon total	Nationalité ou groupe ethnique	Durée de séjour moyen dans le pays d'accueil
1	Gordon-Larsen 2003	USA	392	4,5	Hispaniques	-
2	Harris 1999	USA	1651	40	Divers	-
3	Mendoza 1999	USA	546	25	Hispaniques	-
4	Harker 2001	USA	1000	7	Divers	-
5	Ebin 2001	USA	Non précisé		Latino-Améric.	-
6	Blake 2001	USA	490	19	Divers	-
7	Elder 2000	USA	445	75	Mexicains	-
8	Virta 2004	Norvège-Suède	155	18	Turcs	7,9 ans *
9	Neto 2002	Portugal	109	35	Angol., Cap-Verd., Indiens	8,1 ans *
10	Jasinskaja 2001	Finlande	170	47	Russophones	2,5 ans
11	Oppedal 2004	Norvège	130	58	Divers	6,1 ans
12	Phinney 2002	USA	58	24	Vietn., Europ.	-
13	Murad 2003	Pays-Bas	83	6	Turcs	-
14	Yu 2003	USA	210	2,3	Divers	-
15	Tousignant 1999	Canada	203	93	Divers	-
16	Rousseau 2003	Canada	57	100	Cambodgiens	9,9 ans
17	Jaycox 2002	USA	1004	100	Divers	< 3 ans
18	Renard 2004 (observ. non publiées)	Belgique	158	100	Divers	5,8 mois

* calculée à partir de l'âge moyen d'arrivée dans le pays d'accueil

	Auteur	Domaines de santé investigués			
		Physique	Comportements	Mental	Social
1	Gordon-Larsen 2003	X	X		
2	Harris 1999	X	X	X	
3	Mendoza 1999	X	X		
4	Harker 2001			X	
5	Ebin 2001		X		
6	Blake 2001		X		X
7	Elder 2000		X		
8	Virta 2004			X	X
9	Neto 2002			X	X
10	Jasinskaja 2001			X	X
11	Oppedal 2004			X	X
12	Phinney 2002			X	X
13	Murad 2003			X	
14	Yu 2003	X	X	X	
15	Tousignant 1999			X	
16	Rousseau 2003			X	
17	Jaycox 2002			X	X
18	Renard 2004 (observ. non publiées)	X	X	X	X

Nous avons retenu 18 études répondant aux critères d'inclusion.

La majorité des études (10/18) sont américaines.

Le plus souvent il s'agit d'études comparatives de la santé des adolescents immigrants versus celle des adolescents natifs du pays d'accueil ou encore de comparaisons selon le statut générationnel des adolescents (études 1, 2 et 3).

Cinq études seulement s'intéressent exclusivement aux adolescents de première génération (études 10, 15, 16, 17 et 18), dont deux aux adolescents réfugiés spécifiquement (études 15 et 16).

L'information sur la durée du séjour dans le pays d'accueil est rarement recueillie.

6. Santé physique et comportements de santé des adolescents

Les indicateurs de santé utilisés dans les études retenues dans ce dossier sont :

- concernant la santé physique :
le statut pondéral, les problèmes de santé, la santé subjective, l'asthme
- concernant les comportements de santé :
l'alimentation, l'activité physique, l'utilisation de la TV, le tabagisme, l'activité sexuelle, l'utilisation d'une contraception, les comportements délinquants, les comportements violents, l'usage d'alcool, l'usage de drogues, les antécédents d'arrestation, la prise de vitamines, la prise d'un petit déjeuner, l'hygiène, le port de la ceinture de sécurité, le brossage des dents, les heures de sommeil et le recours à un dentiste durant la dernière année.

Trois recherches américaines ont utilisé les données de la « National Longitudinal Study of Adolescent Health » de 1995, une étude nationale représentative de la santé des adolescents scolarisés aux Etats-Unis. Deux de celles-ci (Gordon-Larsen et al. 2003, Harris 1999) abordent principalement la santé physique et les comportements de santé des jeunes tandis que la troisième concerne la santé mentale des jeunes (voir chapitre « santé mentale », Harker 2001).

Gordon-Larsen et al. (2003) ont mené une étude inter-générationnelle portant sur le statut pondéral et les comportements de santé d'adolescents hispaniques (mexicains, porto-ricains, cubains) de première et de deuxième générations aux Etats-Unis. L'objectif était d'explorer le rôle de l'acculturation et de facteurs structurels (p. ex. le revenu familial, l'éducation maternelle) sur les différences intergénérationnelles généralement observées quant à la prévalence de la surcharge pondérale. L'acculturation est définie comme « l'acquisition des normes culturelles dominantes par les membres d'un groupe non-dominant ». L'échantillon était composé de 8613 adolescents d'un âge moyen de 15,9 ans de 4 groupes ethniques (Mexicains, Porto-Ricains, Cubains et non-hispaniques blancs), dont 4,5% étaient de première génération (soit 392 adolescents).

Les auteurs observent une prévalence de surcharge pondérale inférieure (mais de manière non statistiquement significative) parmi les adolescents de première génération par rapport aux adolescents de deuxième génération, excepté pour les Mexicains qui présentent une prévalence similaire entre générations. Ceci semble s'expliquer par plusieurs facteurs comportementaux. Les adolescents de première génération ont un mode alimentaire plus sain, consomment davantage de riz (Mexicains), de fruits (Mexicains, Porto-Ricains) et de légumes (Mexicains, Cubains) que les adolescents de deuxième génération. La pratique d'une activité physique régulière varie peu par génération. Par contre l'inactivité physique et l'utilisation de la TV et des vidéos est significativement moins importante chez les Mexicains de première génération que chez ceux de deuxième génération. Les Cubains de première génération utilisent moins les jeux que ceux de deuxième génération. Les adolescents de première génération sont moins fumeurs que les adolescents de deuxième génération.

Descriptive statistics for overweight and activity-related factors by generation of residence in US and ethnicity

	BMI \geq 85th (% of sample)	BMI \geq 95th (% of sample)	TV & video (h/wk)	Games (h/wk)	M-V PA (hours/wk)	Low PA (hours/wk)
<i>Mexican</i>						
Gen 1	29.3	15.8	16.7*	2.0	3.4	4.7*
Gen 2+	29.6	13.2	22.0	3.0	3.7	5.1
<i>Puerto Rican</i>						
Gen 1	16.8	14.3	28.0	7.0	4.2	5.8
Gen 2+	31.0	14.4	24.9	3.1	3.9	5.1
<i>Cuban</i>						
Gen 1	29.9	11.7	21.3	1.7*	3.6	4.8
Gen 2+	35.5	21.9	21.2	3.4	3.2	5.2

Percent of sample to consume foods related to acculturation and percent of sample to smoke cigarettes by ethnicity and generation

Characteristics	Mexican		Puerto Rican		Cuban	
	G.1	G.2+	G.1	G.2+	G.1	G.2+
<i>Foods</i>						
Milk	72.8	71.1	94.3*	70.3	45.9	61.7
Cheese	39.3*	50.3	33.7	45.8	33.3	44.6
Ready-to-eat cereal	58.8	55.3	53.5	50.5	33.8	52.3
Rice	40.7*	26.8	60.9	45.7	75.2	53.5
Beans	51.3*	29.6	34.9	27.3	59.1	44.6
Fruits \geq 2x/day	72.1*	57.0	88.3*	51.0	60.6	55.8
Vegetables \geq 2x/day	74.7*	62.7	64.4	57.1	52.5*	41.5
Low fat version foods	25.0*	37.3	37.8	32.8	26.7	33.9
Fast foods \geq 2x/wk	48.1*	65.4	60.8	51.9	51.4	48.4
Pizza	17.8	23.9	42.2	31.8	32.5	30.1
<i>Meal pattern</i>						
Breakfast 7 d/wk	48.4	32.7	78.3*	30.8	50.7	48.7
Lunch 7 d/wk	74.6*	55.5	80.0*	52.5	75.3	74.0
Dinner 7 d/wk	50.8*	71.7	96.5*	81.9	84.1	74.8
<i>Smoking</i>						
Do smoke—Total	8.5*	17.8	16.0	21.4	9.7	16.5
Do smoke—Males	10.7	16.7	21.4	20.7	16.9	18.0
Do smoke—Females	6.3*	19.1	7.0	22.3	1.8	15.2

*Within ethnicity, generation differences statistically significant $p < 0.05$.

Les auteurs concluent par une rapide acculturation des comportements liés à la surcharge pondérale chez les adolescents.

Notons qu'il existe d'importantes différences socio-démographiques et contextuelles également entre générations : le revenu familial et l'éducation maternelle sont généralement plus faibles parmi les adolescents de première génération ; ceux-ci vivent dans des zones de plus grande densité d'immigrés et vivent plus d'isolation linguistique.

Harris (1999) a examiné l'état de santé physique et émotionnel et les comportements de santé à risque d'adolescents de 4 groupes ethniques (Hispaniques, non-hispaniques blancs, non-hispaniques noirs et non-hispaniques autres) selon leur statut générationnel. La mesure de l'état de santé physique incluait : (1) une appréciation de l'état de santé général ; (2) le fait d'avoir manqué l'école le mois précédent pour un problème de santé physique ou mental ; (3) des difficultés d'apprentissage ; (4) l'obésité ; (5) l'asthme. Un indice de santé physique était calculé à partir de ces 5 items. L'état de santé émotionnel comprenait 2 indices, l'un mesurant la détresse psychologique, l'autre le bien-être positif. Les comportements de santé à risque incluait 6 items : (1) avoir déjà eu des relations sexuelles ; (2) l'âge lors des premières relations sexuelles ; (3) l'utilisation d'une contraception lors des premiers rapports sexuels ; (4) des antécédents de comportements délinquants (un indice est calculé sur base de 11

comportements délinquants); (5) des antécédents de violence (un indice est également calculé, sur base de 9 comportements violents); (6) l'utilisation de substances contrôlées (alcool, tabac, marijuana, drogues dures). Un indice de comportements à risque était calculé à partir des items 1, 4, 5 et 6. La population d'adolescents migrants était de 20% (N=4177), dont 40% étaient de première génération (soit 1671 adolescents) et 60% de deuxième génération (soit 2506 adolescents).

Les résultats montrent une prévalence de problèmes de santé physique et de comportements de santé à risque moins importante parmi les adolescents de première génération que parmi les adolescents de deuxième génération, quel que soit le groupe ethnique. Les adolescents de première génération sont moins susceptibles que ceux de deuxième génération à : avoir une santé générale faible (9,2 versus 10,7%), avoir manqué l'école le mois précédent à cause d'un problème de santé physique ou mental (33,5 versus 36,5%), avoir des difficultés d'apprentissage (9,3 versus 12,5%), être obèse (17,0 versus 26,7%), avoir de l'asthme (4,8 versus 8,1%), avoir déjà eu des relations sexuelles (31,3 versus 33,9%), et à un âge plus âgé (15,1 versus 14,9 ans), avoir été impliqué dans 4 actes délinquants ou plus (15,8 versus 25,0%), avoir été impliqués dans 4 actes violents ou plus (14,6 versus 21,3%), et à utiliser 3 substances contrôlées ou plus (8,3 versus 17,4%).

Prévalence (%) des problèmes de santé physique et des comportements de santé à risque chez les adolescents immigrants de 1^{re} et de 2^{ème} générations (Harris 1999)

Indicateurs	Adolescents de première génération	Adolescents de deuxième génération	p
General health is fair or poor	9,2	10,7	0,001
Missed school due to a health or emotionnal problem	33,5	36,5	0,001
Learning difficulties	9,3	12,5	0,001
Obesity	17,0	26,7	0,001
Asthma	4,8	8,1	0,001
Health problems (index)	0,74	0,94	0,001
Ever had sex	31,3	33,9	0,001
4 or more delinquent acts	15,8	25,0	0,001
3 or more acts of vilouence	14,6	21,3	0,001
Use of 3 or more controlled substances	8,3	17,4	0,001
Risky behaviours index	0,70	0,98	0,001

Des exceptions à l'avantage sanitaire des jeunes de première génération sont cependant observées parmi les groupes ethniques. Bien que les adolescents Africains et Afro-Caribéens de première génération soient en meilleure santé physique que ceux de deuxième génération, ils ont des antécédents d'activité sexuelle plus importants. De même, les jeunes européens et canadiens de première génération ont des taux plus élevé d'asthme et de comportements sexuels que ceux de deuxième génération, bien que les différences soient légères.

Il n'y a pas de différence significative entre les adolescents de première et de deuxième générations concernant la santé mentale et l'utilisation d'une contraception lors des premières relations sexuelles.

Mendoza et Dixon (1999) ont examiné l'état de santé et l'état nutritionnel d'enfants et d'adolescents hispaniques selon leur statut générationnel à travers les données de l'étude HHANES (Hispanic Health and Nutrition Examination Survey) menée aux Etats-Unis en 1984. L'étude incluait des enfants mexicains, porto-ricains et cubains de 6 mois à 18 ans et portait sur : (1) l'évaluation du BMI ; (2) les habitudes alimentaires concernant les 4 groupes d'aliments de base sur base des recommandations journalières par âge ; (3) la prévalence de problèmes de santé chroniques (présents depuis plus de 3 mois) ; (4) et l'état de santé général

perçu par les adolescents et par le médecin. Nous ne nous intéressons dans ce rapport qu'au sous-groupe des 12-18 ans (n=2184), dont 25% sont de première génération (soit 546 adolescents).

La prévalence de surcharge pondérale (BMI > P90) est moindre parmi les adolescents de première génération que parmi les adolescents de deuxième génération, quel que soit le sexe, excepté pour les filles mexicaines. Les adolescents de première génération mexicains consomment davantage de pain, de fruits et de légumes et moins de graisses que les adolescents de deuxième génération. Les adolescents porto-ricains de première génération consomment moins de lait et de graisses que ceux de deuxième génération. Et les adolescents cubains de première génération consomment plus de fruits et de légumes que ceux de deuxième génération.

La prévalence de problèmes de santé chroniques, présents depuis plus de 3 mois et objectivés par le médecin à travers les questionnaires et un examen clinique, est semblable chez les adolescents de première et de deuxième générations mexicains (environ 4,6%) et légèrement supérieure chez les adolescents porto-ricains de première génération par rapport à ceux de deuxième génération (6,6% versus 4,8%).

Un taux inférieur à 1% des adolescents de première et de deuxième générations présentent un état de santé général « pauvre » objectivé par le médecin. Par contre la prévalence de mauvaise santé perçue par les adolescents est beaucoup plus élevée. Les adolescents de première génération se perçoivent en moins bonne santé générale que ceux de deuxième génération : respectivement 32,0 et 16,5% des Mexicains, 33,7 et 13,7% des Porto-Ricains, et 8,3 et 7,2% des Cubains ont un état de santé général qu'ils estiment « pauvre ».

Percentage of Adolescents with Poor Health as Assessed by Physicians and Adolescents (Mendoza 1999)

Age Group	Rater	Born in Other Country % (Total N) ^a	Born in U.S. % (Total N)
<u>Mexican Americans</u>			
12-18 year olds	Physician	0.0 (234)	0.6 (917)
	Adolescent	32.0 (235)	16.5 (917)
<u>Puerto Ricans</u>			
12-18 year olds	Physician	0.7 (144)	0.7 (384)
	Adolescent	33.7 (144)	13.7 (385)
<u>Cubans</u>			
12-18 year olds	Physician	1.2 (90)	0.0 (85)
	Adolescent	8.3 (90)	7.2 (85)

Ebin, Blake et Elder ont étudié les comportements de santé des adolescents de 1^{ère} et 2^{ème} générations.

Ebin et al. (2001) ont mené une recherche exploratoire visant à examiner les effets de l'acculturation sur les comportements de santé (positifs et négatifs) d'adolescents Latino-Américains, et les relations entre les comportements positifs et négatifs. L'acculturation est définie comme « le processus par lequel des immigrants adoptent, internalisent et expriment les comportements de la société hôte ». Les problèmes comportementaux incluaient : les antécédents (durant la vie) de relations sexuelles, d'arrestation, d'usage d'alcool, de tabac et d'autres drogues (marijuana, inhalants, crack/rock, cocaïne, « uppers » ou stimulants, « downers », stéroïdes, héroïne et hallucinogènes). Les comportements positifs comprenaient :

la prise de vitamines, d'un petit déjeuner, l'hygiène, le port de la ceinture de sécurité, le brossage des dents, les heures de sommeil et le recours à un dentiste durant la dernière année. L'étude a eu lieu à Los Angeles. Elle a été menée par entretiens auprès de 609 adolescents d'un âge moyen de 15,0 ans. 61% des entretiens ont été menés en espagnol. L'étude ne précise pas les proportions d'adolescents de première et de deuxième générations. Les indicateurs d'acculturation utilisés sont le lieu de naissance (Etats-Unis versus étranger) et la langue principale parlée (seulement l'anglais, anglais et espagnol ou seulement l'espagnol). Les résultats selon le statut générationnel montrent que les adolescents de première génération présentent significativement moins de problèmes comportementaux (antécédents d'usage d'alcool, de tabac et de relations sexuelles durant leur vie) que les adolescents de deuxième génération : respectivement 30% versus 51%, 24% versus 42%, 23% versus 35%. Ils utilisent davantage la ceinture de sécurité et prennent un petit déjeuner de manière significativement plus régulière.

Blake et al. (2001) ont examiné la relation entre le caractère plus ou moins récent de l'immigration d'adolescents de différents pays dans le Massachusetts, et l'usage de substances (alcool, marijuana, autres drogues), l'activité sexuelle et la présence de facteurs connus comme étant prédicteurs de comportements à risque : la pression des pairs, le manque de support parental, l'auto-efficacité, les intentions d'usage de substances.

L'échantillon était composé de 2635 adolescents de plusieurs groupes ethniques (Blancs, Noirs, Hispaniques, Asiatiques/îles pacifiques, Indiens Américains, autres), âgés d'environ 14-15 ans, dont 81% avaient toujours vécu aux Etats-Unis (donc des jeunes de deuxième génération ou plus) et 19% étaient de première génération (soit 490 adolescents). 39% de ces derniers vivaient aux Etats-Unis depuis une durée inférieure ou égale à 6 ans (N=191) et 61% depuis plus de 6 ans (N=299). Notons que l'échantillon était limité aux jeunes capables de parler et de lire suffisamment l'anglais pour répondre au questionnaire auto-administré, ce qui excluait d'emblée les migrants depuis moins d'un an aux Etats-Unis (en moyenne, la transition des classes bilingues vers les classes principales se passe durant la première année qui suit l'immigration et n'est complète qu'au bout de 2 ans).

La consommation d'alcool et de marijuana (durant la vie, durant l'année précédente et durant le dernier mois) est significativement inférieure chez les adolescents de première génération par rapport aux adolescents de deuxième génération, et chez les adolescents de première génération vivant depuis moins de 6 ans aux Etats-Unis par rapport à ceux y vivant depuis plus de 6 ans. Par exemple, 33% des jeunes de deuxième génération (ou plus) avaient consommé de l'alcool durant le mois précédent l'enquête, contre 25% chez ceux vivant aux Etats-Unis depuis plus de 6 ans et 21% chez ceux vivant aux Etats-Unis depuis moins de 6 ans. 21% des jeunes de deuxième génération (ou plus) avaient consommé de la marijuana durant le mois précédent, contre respectivement 17 et 11% chez ceux vivant aux Etats-Unis depuis plus et moins de 6 ans.

Il n'y a pas de différence entre générations ni selon la durée de séjour aux USA concernant les antécédents de consommation d'autres drogues et de relations sexuelles : en moyenne, 14% des adolescents ont déjà consommé d'autres drogues dans leur vie et 32% ont déjà eu des relations sexuelles.

Les adolescents de première génération présents aux Etats-Unis depuis moins de 6 ans présentent une pression des pairs significativement plus grande pour l'usage de substances, l'activité sexuelle et les comportements violents. Ils ont moins de désapprobation parentale pour l'usage de substances, l'activité sexuelle et les comportements violents et moins d'auto-efficacité ou de confiance dans leurs capacités à refuser les substances qui peuvent être offertes par les amis.

Elder et al. (2000) se sont intéressés à la susceptibilité et à l'usage de la cigarette et de l'alcool parmi une population d'adolescents mexicains à San Diego (n=660), dont plus de 75% sont de première génération. Les auteurs partent du constat du peu de connaissances concernant les facteurs interpersonnels et socioculturels de protection de l'usage de ces substances parmi les adolescents migrants. L'étude a pour but de mettre en évidence les prédicteurs de la susceptibilité et de l'usage de ces substances. Une étude par interviews a été menée, recueillant les informations suivantes : les caractéristiques démographiques, le modèle de tabagisme dans l'entourage (notamment chez les parents et les pairs), l'acculturation, la communication avec les parents, la présence de support social et la satisfaction. Seulement 2% des adolescents, dont l'âge moyen est de 13 ans, rapportent un tabagisme régulier, et 8% une consommation d'alcool régulière. 36% des jeunes sont classifiés comme susceptible de tabagisme. Les facteurs prédicteurs de tabagisme significatifs incluent l'âge, le sexe, l'attitude face à la cigarette, la satisfaction avec le support social et la communication parents-enfant. Par rapport à la consommation d'alcool, les facteurs prédicteurs incluent également l'âge, l'attitude face à l'alcool, la satisfaction avec le support social et la communication parents-enfant. Les auteurs concluent en recommandant des actions préventives centrées davantage sur la communication entre les parents et les jeunes.

7. Santé mentale

Harker (2001) a utilisé les données de la « National Longitudinal Study of Adolescent Health » menée aux Etats-Unis en 1995 pour évaluer la santé psychologique d'adolescents de première, deuxième et troisième générations.

Les adolescents de première génération présentent moins de signes de dépression et un plus grand bien-être positif que les autres adolescents du même âge. L'âge d'arrivée aux Etats-Unis (retenu comme mesure d'assimilation) influence peu le bien-être psychologique et n'est donc pas considéré comme un prédicteur significatif de bien-être (positif).

Il existe de nombreux facteurs de protection qui sont étroitement liés avec la « culture familiale ». Ces différents facteurs favorisent le maintien d'un niveau de bien-être auprès des adolescents de première génération. Il s'agit de la supervision familiale, de l'absence ou de la rareté de conflits parents-adolescents, de la pratique religieuse et du soutien social. Les adolescents sont protégés d'un niveau élevé de dépression quand il y a forte supervision parentale, une relation de proximité très intense, peu de conflits, une fréquentation assidue de l'église, et un très grand niveau de soutien social perçu. Un très haut niveau de bien-être peut provenir de relations proches et soudées avec les parents, de prières fréquentes et d'un très grand niveau (perçu) de soutien social.

L'âge, le lieu de résidence et la structure familiale apparaissent comme déterminants dans l'existence ou non d'un état dépressif mais sont non déterminants dans le bien-être positif. Le sexe, l'appartenance ethnique, les revenus, et l'éducation de la maman sont déterminants aussi bien pour le niveau de dépression que le niveau de bien-être positif.

Parmi les adolescents de deuxième génération, l'auteur évoque un mécanisme d'érosion des facteurs de protection.

Enfin, l'auteur distingue le concept de dépression du concept de bien-être positif, ce qui veut dire que présenter un niveau faible de dépression ne signifie pas nécessairement avoir un niveau de bien-être positif élevé.

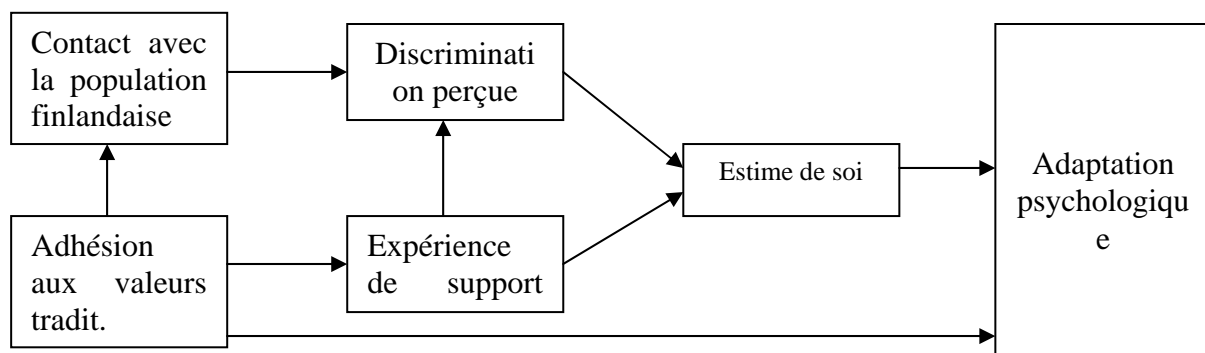
Trois autres des études identifiées font partie du projet international ICSEY (International Comparative Studies of Ethnocultural Youth), qui a pour objet l'étude de l'adaptation et de l'intégration des jeunes migrants de deuxième génération à la société hôte. Plus spécifiquement, les recherches portent sur la santé mentale, l'estime de soi, l'adaptation et

réussite scolaires. Les pays participant au projet regroupent plusieurs pays d'Europe (la France, l'Allemagne, les Pays-bas, l'Angleterre, le Portugal, la Norvège, la Suède et la Finlande), le Canada, l'Australie et les Etats-Unis. Les différentes études sont fondées sur un cadre théorique commun, incluant les modèles des stratégies d'acculturation et d'identité ethnique.

Virta et al. (2004) ont comparé l'adaptation psychologique d'adolescents Turcs en Norvège et en Suède d'une part, et avec celle d'adolescents norvégiens et suédois d'autre part. Les auteurs examinent également l'influence de l'identité, des stratégies d'acculturation et de la discrimination perçue sur l'adaptation psychologique des adolescents turcs. L'adaptation psychologique inclut des mesures de la santé mentale (dépression, anxiété, symptômes psycho-somatiques), l'estime de soi et la satisfaction de vie. L'échantillon des adolescents immigrants (approximativement 50% de l'échantillon total) est constitué de 407 jeunes turcs d'un âge moyen de 15,2 ans, répartis en : 111 jeunes en Norvège, dont 50% sont de première génération (soit approximativement 55 adolescents) ; et 296 jeunes en Suède, dont 25% sont de première génération (soit 74 adolescents). La durée moyenne de séjour dans le pays d'accueil des adolescents de première génération est de 7,9 ans (valeur calculée). Les résultats ne sont pas analysés selon le statut générationnel des adolescents spécifiquement, mais selon la nationalité et le pays d'accueil essentiellement. Quelques résultats sont cependant présentés au sujet des adolescents de première génération : concernant l'adaptation psychologique, Virta et al. observent des résultats significativement inférieurs chez les adolescents de première génération par rapport aux adolescents de deuxième génération : une estime de soi plus faible, une satisfaction de vie moindre et plus de problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, symptômes psycho-somatiques). L'adaptation psychologique est aussi bonne parmi les adolescents turcs (première et deuxième générations confondues) que parmi les Norvégiens et les Suédois. Les Turcs en Suède (première et deuxième générations confondues) présentent une meilleure adaptation psychologique que les Turcs en Norvège.

Neto (2002) a investigué les stratégies d'acculturation parmi 313 adolescents de familles immigrantes angolaises, cap-verdiennes et indiennes au Portugal, dont 35% sont de première génération (soit 109 adolescents). L'auteur ne fait aucune analyse selon le statut générationnel, mais uniquement selon le groupe ethnique.

Jasinskaja et Liebkind (2001) ont examiné la relation entre la discrimination perçue et l'adaptation psychologique (en termes d'anxiété, de dépression et de symptômes psycho-somatiques) chez des adolescents russophones de première génération immigrés en Finlande. Le modèle de facteurs influençant l'adaptation psychologique des adolescents proposé était le suivant :



L'échantillon des adolescents immigrés était constitué de 170 jeunes d'un âge moyen de 15 ans, dont 53% étaient russes, 34% estoniens et 13% provenaient d'autres pays de l'ex-Union Soviétique. La durée moyenne de séjour en Finlande était de 2,5 ans (SD=1,5 ans). Un groupe-contrôle était constitué de 190 jeunes finlandais.

Les résultats montrent que la prévalence de symptômes de stress psychologique et l'estime de soi globale ne diffèrent pas significativement entre les adolescents immigrants et les adolescents finlandais. Par contre les adolescents immigrants adhèrent plus aux valeurs traditionnelles familiales et expérimentent légèrement moins de support et de compréhension de la part de leurs parents. Plus les adolescents adhèrent aux valeurs familiales traditionnelles, moins ils semblent avoir de contacts avec la société hôte, ce qui semble augmenter légèrement la discrimination perçue. L'estime de soi est le principal médiateur entre la discrimination perçue et l'adaptation psychologique. Le soutien parental perçu par les adolescents influence leur perception de la discrimination et augmente leur estime de soi, spécialement chez les garçons. L'adhésion aux valeurs traditionnelles augmente le vécu du soutien parental et augmente directement l'adaptation psychologique. Le vécu du soutien paternel est le plus important pour les garçons, tandis que le vécu du soutien maternel est important pour les filles.

Oppedal et Roysamb (2004) ont comparé la santé mentale, le stress et le support social entre des adolescents immigrants de nationalités variées (Pakistanaï, Turcs, Vietnamiens et immigrants d'autres pays asiatiques, européens, africains et latino-américains) de première et deuxième générations, et des adolescents norvégiens. L'état de santé mental était mesuré par une échelle évaluant la dépression et l'anxiété durant la semaine précédant l'enquête. Le stress était mesuré par une échelle d'évaluation des événements de vie négatifs (p.ex. concernant la santé personnelle, la santé des parents, la perte d'emploi des parents, un divorce, un décès...) et par une liste de tracas quotidiens relatifs à l'école, aux parents, aux amis ou d'autres tracas. Une échelle évaluait également le support social (support de la famille, des amis, de l'école – enseignants et camarades). L'échantillon des adolescents immigrants (36% de l'échantillon total) était constitué de 225 jeunes de 13 ans dont 58% étaient de première génération (soit 130 adolescents). La durée moyenne de séjour en Norvège de ces adolescents de première génération était de 6,1 ans.

Les résultats fournissent peu d'éléments concernant les adolescents de première génération spécifiquement, car l'auteur analyse les résultats selon la nationalité (immigrants – première et deuxième générations confondues – versus hôtes) plutôt que selon le statut générationnel. Contrairement à Virta, Oppedal observe : (1) qu'il y a plus de dépression et d'anxiété chez les adolescents immigrants que chez les hôtes ; (2) qu'il n'y a pas de différence significative entre les immigrants de première et de deuxième générations. Concernant le stress il n'y a pas de différences entre adolescents immigrants (première et deuxième générations confondues) et Norvégiens. Le support social (école, famille, amis) est nettement inférieur chez les adolescents immigrants. Le support de la famille et des amis est supérieur au support des enseignants et des camarades de classe pour ces derniers.

Phinney et Ong (2002) ont investigué la relation entre les désaccords adolescents-parents concernant les obligations familiales et la satisfaction de vie des adolescents, dans des familles Vietnamiennes et Européennes vivant aux Etats-Unis. L'échantillon de Vietnamiens comporte 59 adolescents de première génération (56%) tandis que tous les Européens (n=135) sont de deuxième génération (ou plus).

Phinney et Ong observent un niveau de désaccord entre adolescents et parents significativement plus élevé chez les Vietnamiens (première et deuxième générations confondues) que chez les Européens, et chez les Vietnamiens de deuxième génération que

chez ceux de première génération. La satisfaction de vie est similaire entre adolescents européens et vietnamiens de première génération aux Etats-Unis, mais substantiellement plus faible chez les Vietnamiens de deuxième génération. Le désaccord entre adolescents et parents est un fort prédicteur négatif de la satisfaction de vie. Malgré la taille restreinte des échantillons (qui ne permet pas de généraliser les résultats), les Vietnamiens de première génération semblent donc présenter moins de désaccords avec les parents et une meilleure satisfaction de vie que les Vietnamiens de deuxième génération.

Murad et al. (2003) ont comparé les problèmes comportementaux et émotionnels de 363 adolescents turcs (dont 77% sont de deuxième génération) et 1098 néerlandais aux Pays-Bas, en utilisant le YSR (Youth Self-Report). Ils ont également évalué la contribution de facteurs liés à l'adolescent, aux parents, à la famille et au stress aux différences ethniques observées. Mais aucune distinction entre les adolescents de première et de deuxième générations n'apparaissent dans les résultats.

Yu et al. (2003) ont utilisé les données de l'étude HBSC (Health-Behaviour of School-aged Children) menée en 1997-98 aux Etats-Unis pour examiner l'association entre l'acculturation, définie par la langue parlée à la maison, et la santé et les facteurs de risque psycho-sociaux parmi 4 groupes ethniques. Les données concernant le lieu de naissance des adolescents ont été recueillies, mais l'analyse des résultats est faite selon la langue parlée à la maison et le groupe ethnique et non pas selon le statut générationnel. Cette étude n'apporte donc pas d'informations concernant la santé des adolescents de première génération. Les résultats montrent que les adolescents dont la langue parlée à la maison n'est pas l'anglais ont plus de risques psychosociaux, scolaires et parentaux que les non-hispaniques blancs parlant anglais à la maison.

Deux des études s'intéressent spécifiquement à la santé mentale des adolescents réfugiés.

Rousseau et al. (2003) ont mené une étude auprès de 57 jeunes cambodgiens vivant à Montréal. Le but était de documenter l'adaptation psychosociale de jeunes réfugiés durant leur adolescence et l'association avec les traumatismes liés à la guerre vécus par leurs familles avant la migration. Les adolescents ont été suivis durant leur adolescence. Les associations entre l'exposition pré-migratoire à la violence politique et la santé mentale ainsi que l'adaptation sociale ont été évaluées à trois moments. Les résultats ont montré que les associations entre l'exposition pré-migratoire à la violence politique et l'adaptation psychosociale post-migratoire fluctuaient durant la période d'adolescence. En général les adolescents dont les familles avaient été le plus exposées à la violence politique tendaient à montrer une adaptation sociale plus positive et moins de symptômes de santé mentale que ceux moins exposés. Les grandes attentes des parents à travers leurs enfants et la préservation des valeurs traditionnelles peut contribuer à expliquer l'association paradoxale entre l'exposition à la violence politique des familles et l'adaptation des adolescents dans le pays d'accueil. Le phénomène de résilience devrait être davantage exploré dans les études pour renforcer nos connaissances concernant les effets à long terme d'un traumatisme.

Tousignant et al. (1999) ont mené une enquête épidémiologique psychiatrique auprès de jeunes réfugiés provenant de 35 pays au Canada. L'échantillon était constitué de 203 adolescents de 13 à 19 ans (98 garçons et 105 filles). L'enquête a été menée par entretiens. Les auteurs ont constaté un taux de psychopathologie plus élevé que d'autres jeunes du même âge (càd 21% chez les adolescents réfugiés par rapport à 11% chez les adolescents de toute la province). Le taux de psychopathologie était semblable chez les jeunes réfugiés provenant de

pays différents (23,1% chez les jeunes de l'Asie du Sud-Est, 26,7% chez les Latino-Américains, 25% chez ceux du El Salvador et 28% chez ceux du Cambodge). L'âge auquel les jeunes réfugiés sont arrivés au Canada n'avait aucun lien avec la psychopathologie et aucune différence n'a été constatée entre le taux de diagnostic de la psychopathologie dans les régions métropolitaines et celui dans les régions non métropolitaines. Les auteurs ont remarqué des différences entre les sexes. En effet, les réfugiées étaient davantage exposées à des risques que les réfugiés (sauf dans le cas des troubles des conduites). Ils ont constaté que les troubles mentaux des jeunes réfugiés étaient associés à la séparation de leurs parents (càd que le taux de psychopathologie chez les garçons était cinq fois inférieur s'ils habitaient avec leurs deux parents). Ils ont également remarqué que le taux de psychopathologie était plus élevé chez les filles comme chez les garçons dont le père était au chômage depuis plus de six mois, ce qui indique que la situation des parents peut avoir des conséquences sur toute la famille pendant la période d'intégration et d'adaptation au nouveau pays.

8. Santé sociale

Selon Jaycox et al. (2002), les enfants immigrants récents sont à risque d'être ou d'avoir été exposés à la violence pour 3 raisons, liées à leurs expériences vécues avant, pendant et après la migration. Tout d'abord, ces enfants peuvent avoir été exposés à la violence dans leur pays d'origine. C'est l'exemple des enfants réfugiés, notamment, qui ont souvent été victimes ou témoins de violence et de la guerre, qui ont fui leur pays par crainte d'être persécutés pour des raisons de race, de religion, de nationalité ou d'opinion politique. Les enfants non réfugiés sont également susceptibles d'avoir vécu la violence : nombreux en effet vivent dans des régions où la pauvreté, la criminalité et les troubles sociaux sont fréquents. Ensuite, ces enfants peuvent avoir été exposés à la violence durant la migration : même si pour certains la migration se passe sans problème, pour d'autres elle peut mettre la vie en danger suite à des agressions et des vols. Enfin, de nombreux enfants qui arrivent aux Etats-Unis sont appauvris et vivent dans des conditions associées à un risque accru d'exposition à la violence.

Les auteurs ont étudié la prévalence d'antécédents d'exposition à la violence (violence physique ou par armes) parmi des enfants et des adolescents immigrés depuis moins de 3 ans aux Etats-Unis (à Los Angeles en particulier), et l'association à des symptômes psychiatriques de dépression et de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). L'étude portait sur 1004 enfants et adolescents non réfugiés d'un âge moyen de 11,4 ans, dont la plupart étaient Latino-Américains (87%). Les résultats ont montré que 88% des jeunes avaient déjà été exposés à la violence, qu'il s'agisse de l'année précédant l'enquête ou durant leur vie. Dans 24% des cas, cela avait eu lieu aux Etats-Unis seulement, dans 53% des cas cela s'était passé dans le pays d'origine et dans 23% des cas dans les deux pays (pays d'origine et Etats-Unis). 40% ont rapporté avoir été victimes d'événements impliquant des couteaux ou des revolvers durant l'année précédant l'enquête, tandis que 63% avaient été témoins de tels événements. L'âge était positivement corrélé à des antécédents d'exposition à la violence, que ce soit en tant que victime ou témoin. 32% des enfants présentaient un PTSD et 16% des symptômes dépressifs. Il n'y avait pas de différence selon l'âge. L'exposition à la violence semblait être prédictrice de PTSD (violence ancienne ou récente) et de dépression (violence récente) chez les enfants.

9. Santé globale

Renard et al. (2004), partant du constat du peu d'études consacrées jusqu'à présent à la santé globale des adolescents migrants récents ou « primo-arrivants », ont mené recherche auprès de 158 adolescents (âge moyen de 15,4 ans) de 37 nationalités, dans deux services de médecine scolaire bruxellois. L'étude a été réalisée par analyse des dossiers médicaux, par

administration d'un questionnaire de santé, de comportements et de préoccupations de santé et de qualité de vie (VSP-A) et par entretiens menés lors du bilan de santé scolaire. L'utilisation d'un questionnaire avant la consultation, en effet, avait précédemment montré son intérêt pour mieux identifier les besoins des adolescents, les encourager à en parler et organiser une réponse adaptée : curative, préventive, par référence vers un spécialiste, etc. La mesure de la qualité de vie, notamment, fournit des informations complémentaires relatives aux dimensions physique, mentale et sociale de la santé des adolescents, permettant l'identification de facteurs de risque et de protection sur lesquels appuyer les programmes préventifs.

L'étude se fonde sur la définition de la santé de l'OMS, selon laquelle « la santé n'est pas seulement l'absence de maladie mais un état de complet bien-être physique, mental et social ». Elle se situe dans le contexte actuel de réforme de la médecine scolaire en Communauté française de Belgique, qui s'appuie sur le concept de santé globale et inscrit la promotion de la santé dans les missions des équipes. L'étude a été réalisée dans le cadre du projet UNISOL (Universités Solidaires) soutenu par l'Université catholique de Louvain et la Fondation Houtman d'aide à l'enfance.

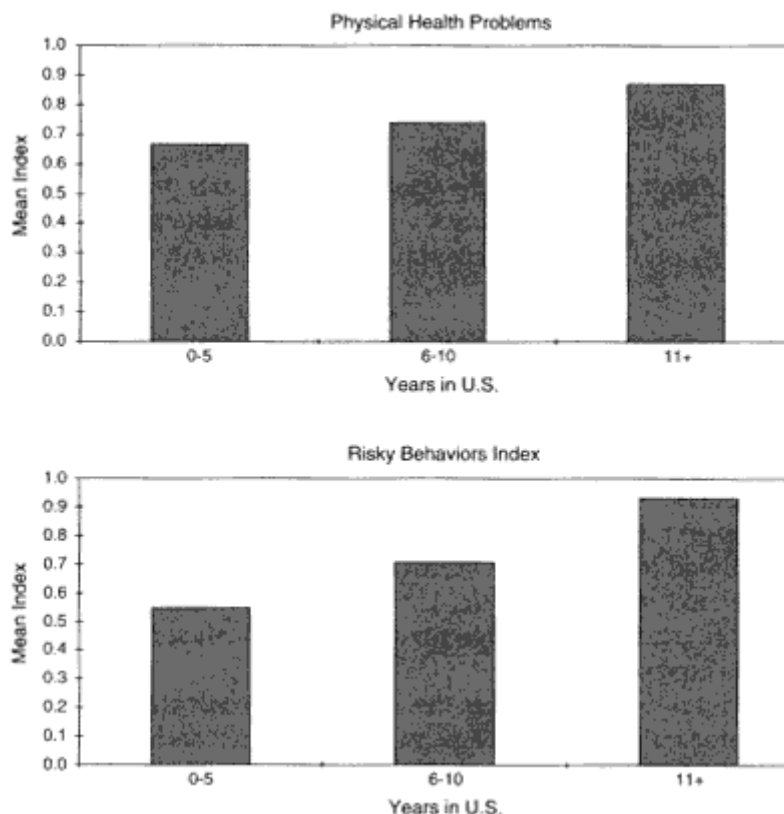
Les résultats ont montré des adolescents en bonne santé physique, mais on observe une dégradation de la qualité de vie selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique. La QV est significativement inférieure chez les adolescents n'ayant pas de soutien social : 48,0 (DS=13,5) contre 60,6 (DS=11,1) chez les adolescents ayant un soutien social (existence d'une personne ressource dans l'entourage), sur une échelle de 0 à 100. Un nouveau modèle de consultation médicale scolaire a été mis en place dans un centre de santé scolaire, tenant davantage compte des déterminants psycho-sociaux et comportementaux de la santé des adolescents et basée sur un travail en réseau interdisciplinaire. Cette étude a mis en évidence la nécessité d'une approche spécifique de la santé des adolescents migrants récents, et la contribution que peut avoir la médecine scolaire dans l'identification de leurs besoins bio-psycho-sociaux et la réponse préventive apportée.

10. Santé des adolescents immigrants de première génération selon la durée de séjour dans le pays d'accueil

Trois des 18 études identifiées analysent la santé des adolescents de première génération selon la durée de séjour dans le pays d'accueil.

Selon Harris(1999), plus le temps est long depuis l'arrivée des adolescents aux Etats-Unis, moins leur état de santé physique est bon et plus ils ont des comportements à risque. Il n'y a par contre pas de relation significative entre le temps passé aux Etats-Unis et la détresse psychologique ou les sentiments de bien-être positif.

La figure suivante présente les résultats de l'index de 5 problèmes de santé physique et de l'index des 4 comportements à risque selon les années passées aux Etats-Unis pour les adolescents de première génération. L'augmentation des scores est linéaire et statistiquement significative.



Blake et al. (2001) observent des résultats semblables : la consommation d'alcool et de marijuana (durant la vie, durant l'année précédente et durant le dernier mois) est significativement inférieure chez les adolescents de première génération vivant depuis moins de 6 ans aux Etats-Unis par rapport à ceux y vivant depuis plus de 6 ans. Il n'y a par contre pas de différence entre les 2 groupes concernant les antécédents de consommation d'autres drogues et de relations sexuelles. De plus, les adolescents présents depuis moins de 6 ans aux Etats-Unis présentent une pression des pairs significativement plus importante pour l'usage de substances, l'activité sexuelle et les comportements violents. Ils ont par ailleurs moins de désapprobation parentale pour l'usage de substances, l'activité sexuelle et les comportements violents et moins d'auto-efficacité ou de confiance dans leurs capacités à refuser les substances qui peuvent être offertes par les amis.

Prévalence de comportements à risque chez les adolescents selon le statut générationnel (%) (Blake 2001)

Indicateurs	Adolescents de première génération		Adolescents de deuxième génération	p
	< 6 ans	> 6 ans		
Consommation d'alcool dans la vie	36%	47	58	0,001
< 1 an	29	39	51	0,001
< 1 mois	21	25	33	0,001
Consommation de marijuana dans la vie	< 6 ans	> 6 ans		
< 1 an	19	27	34	0,001
< 1 mois	15	23	30	0,001
Consommation d'autres drogues dans la vie	< 6 ans	> 6 ans		
< 1 an	11	17	21	0,003
< 1 mois	13	10	14	NS
	8	8	11	NS
	10	6	8	NS

Relations sexuelles dans la vie	< 6 ans	> 6 ans		
< 1 an	29	36	32	NS
< 1 mois	22	30	27	NS
	18	19	19	NS

Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique; scores par dimension et score global (VSP-A) (Renard 2004)

	Psycho	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Durée de séjour							
1 à 3 mois	68,6 (16,3)	71,6 (13,2)	50,2 (20,5)	72,0 (16,9)	41,9 (21,3)	76,1 (15,8)	63,5 (12,4)
4 à 6 mois	59,3 (16,5)	67,1 (16,8)	52,0 (25,3)	63,9 (19,9)	38,8 (26,2)	65,9 (22,4)	57,8 (11,3)
7 à 12 mois	56,1 (15,8)	62,9 (18,7)	51,2 (22,5)	56,4 (23,5)	41,9 (24,5)	62,0 (24,0)	55,3 (13,4)
	p<0,01	NS	NS	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05

11. Conclusion

Les études s'intéressant exclusivement à la santé des jeunes de « première génération » (les adolescents nés dans un pays étranger) sont rares.

Les 18 études sélectionnées dans le cadre de ce dossier montrent que les adolescents de première génération présentent un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération.

Ces résultats sont rassurants et bien que nous n'ayons pas toujours de données concernant la catégorie d'immigrants dans ces études, ils pourraient s'expliquer par le processus de sélection qui caractérise les familles qui se déplacent (Hyman 2001). Il y a cependant lieu d'être attentifs aux résultats relatifs à l'adoption par les jeunes des comportements du pays d'accueil : en effet, on observe une augmentation transgénérationnelle de modes de vie néfastes, les jeunes de deuxième génération ayant un mode de vie plus sédentaire (moins d'activité physique, plus d'utilisation de la TV et des jeux), une alimentation moins équilibrée, plus de comportements à risque (consommation d'alcool, de drogues, sexualité) que ceux de première génération. On observe également une augmentation des comportements à risque et une dégradation de la qualité de vie subjective avec la durée de séjour parmi les jeunes de première génération.

Ces observations concernant le changement de comportements de santé sont probablement à mettre en lien avec l'identification des jeunes à leurs pairs du pays d'accueil à travers le processus d'acculturation par lequel des immigrants adoptent et expriment les comportements de la société hôte. Elles doivent sensibiliser les professionnels de la santé à la nécessité d'une approche spécifique de la santé des adolescents immigrants récents, et les mobiliser autour de programmes préventifs précoces et adaptés.

Bibliographie

- Gordon-Larsen P, Mullan Harris K, S Ward D, M Popkin B. Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine* 2003, 57, 2023-34.
- Ebin VJ, Sneed CD, Morisky DE, Rotheram-Borus MJ, Magnusson AM, Malotte CK. Acculturation and interrelationships between problem and health-promoting behaviours among Latino adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2001, 28, 62-72.
- Blake M, Ledsky R, Goodenow C, O'Donnell L. Recency of immigration, substance use and sexual behaviour among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 2001, 91, 794-98.
- Virta E, Sam DL, Westin C. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden : a comparative study of their psychological adaptation. *Scand J Psychol* 2004, 45, 15-25.
- Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004, 45, 131-44.
- Rousseau C, Drapeau A, Rahimi S. The complexity of trauma response : a 4-year follow-up of adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse and Neglect* 2003, 27, 1277-90.
- Hyman I. Immigration and Health. Health Policy Working Paper Series. Working paper 01-05. Ottawa, ON : Health Canada, September 2001. Online at <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html>.
- Mendoza FS, Dixon LB. The health and nutritional status of immigrant Hispanic children : analyses of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. In Hernandez D (Ed.), *Children of immigrants : health, adjustment and public assistance* (pp 187-243). Washington, DC : National Academy Press, 1999.
- Harris KM. The health status and risk behaviour of adolescents in immigrant families. In Hernandez D (Ed.), *Children of immigrants : health, adjustment and public assistance* (pp 286-347). Washington, DC:National Academy Press, 1999.
- Tousignant M, Habimana E, Biron C, Malo C, Sidoli-Leblanc E, Bendris N. The Quebec adolescent refugee project : psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38, 11, 1-7.
- Harker K. Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Forces* 2001, 79(3), 969-1004.
- Murad SD, Joung IMA, van Lenthe FJ, Bengi-Arslan L, Crijnen AAM. Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003, 44, 3, 412-23.
- Neto F. Acculturation strategies among adolescents from immigrant families in Portugal. *International Journal of Intercultural Relations* 2002, 26, 17-38.
- Phinney JS, Ong AD. Adolescent-parent disagreements and life satisfaction in families from Vietnamese- and European- American backgrounds. *International Journal of Behaviour Development* 2002, 26(6), 556-61.
- Yu SM, Huang ZJ, Schwalberg RH, Overpeck M, Kogan MD. Acculturation and the health and well-being of US immigrant adolescents. *J Adolesc Health* 2003, 33, 479-88.
- Elder JP, Campbell NR, Litrownik AJ, Ayala GX, Slymen DJ, Parra-Medina D, Lovato CY. Predictors of cigarette and alcohol susceptibility and use among hispanic migrant adolescents. *Preventive Medicine* 2000, 31, 115-23.

- Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH, Wong M, Fink A, Escudero P, Zaragoza C. Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41, 9, 1104-10.
- Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K. Perceived discrimination and psychological adjustment among Russian-speaking immigrant adolescents in Finland. *International Journal of Psychology* 2001, 36(3), 174-85.
- Renard F, Martin E, Cueva C, Deccache A. Santé et qualité de vie des adolescents primo-arrivants : état des lieux et perspectives préventives. Rapport non publié, UCL-RESO, 2004.

3. ENQUETE SUR LA SANTE ET LA QUALITE DE VIE DES ADOLESCENTS PRIMO-ARRIVANTS MENEES DANS LE CADRE DES BILANS DE SANTE

Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire

F.Renard, E.Martin, C.Cueva, A.Deccache

Article accepté pour les Archives de Pédiatrie

RESUME

Objectifs

Peu d'études se sont intéressées jusqu'à présent à la santé globale des adolescents récemment immigrés dans nos pays. Cette étude visait à évaluer leur état de santé et leur qualité de vie (QV) dans le cadre des bilans de santé scolaire et à renforcer la réponse apportée à leurs besoins.

Matériel et méthodes

Une recherche a été menée auprès de 158 adolescents (âge moyen de 15,4 ans) de 37 nationalités, dans deux services de médecine scolaire bruxellois. Elle a été réalisée par administration d'un questionnaire de santé et de qualité de vie (VSP-A) traduit dans leur langue maternelle et par analyse des dossiers médicaux.

Résultats

Les résultats ont montré que ces adolescents étaient en bonne santé physique, mais on observe une dégradation de la qualité de vie selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique. Le score global de QV est significativement inférieur chez les adolescents n'ayant pas de soutien social : 48,0 (DS=13,5) contre 60,6 (DS=11,1) chez les adolescents ayant un soutien social (existence d'une personne ressource dans l'entourage), sur une échelle de 0 à 100. Les préoccupations de santé sont nombreuses. Quarante huit pour cent des adolescents ont mentionné l'avenir comme préoccupation de santé.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence la nécessité d'une approche spécifique de la santé des adolescents récemment immigrés, et la contribution que peut avoir la médecine scolaire dans l'identification de leurs besoins biologiques, psychologiques et sociaux et dans la réponse préventive apportée.

INTRODUCTION

Bien que de nombreuses études menées en Europe et aux Etats-Unis ces dernières années s'intéressent à la santé physique ou psychologique des adolescents immigrés [1-10], des données concernant la santé des adolescents récemment immigrés manquent.

Les adolescents de « première génération » (les adolescents nés dans un pays étranger et ayant vécu la migration) ont un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de « deuxième génération » (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger) : un mode de vie moins sédentaire, une alimentation plus équilibrée, moins de comportements à risque [2-4]. Leur santé mentale est, selon les études, tantôt équivalente tantôt moins bonne que celle des adolescents de deuxième génération et que celle des adolescents natifs du pays d'accueil [5-6]. Une détérioration de la santé des jeunes de première génération avec la durée de séjour dans le pays d'accueil a été décrite [4,10]. Par ailleurs il pourrait y avoir une sous-utilisation des services de santé préventifs chez les immigrants récents [8].

En Communauté française de Belgique (CFB), le terme « primo-arrivant » est donné aux enfants et aux adolescents réfugiés (ou enfants de réfugiés), apatrides ou ressortissant d'un pays considéré comme pays en voie de développement, arrivés depuis moins d'un an dans le pays. Une structure d'enseignement adaptée a été mise en place dans certaines écoles pour les élèves primo-arrivants. Il s'agit des classes-passerelles [11]. La classe-passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et la meilleure insertion des élèves dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21 en CFB.

Les adolescents scolarisés dans une classe-passerelle rencontrent l'équipe médicale scolaire lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée. La communication avec ces jeunes qui ne maîtrisent pas encore le français n'est pas toujours facile, et le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas tous les aspects de leur santé, et par là de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace.

L'utilisation d'un questionnaire de santé et de QV avant la consultation avait montré son intérêt pour mieux identifier les besoins des adolescents, les encourager à en parler et organiser une réponse adaptée : curative, préventive, par référence vers un spécialiste [12-16].

Une enquête a été menée dans le cadre des bilans de santé dans deux centres de santé bruxellois. Cette étude visait à : 1) évaluer la santé et la qualité de vie d'adolescents migrants arrivés depuis moins d'un an en Belgique, grâce à l'utilisation d'un questionnaire auto-administré traduit dans leur langue maternelle et l'analyse des dossiers médicaux ; 2) dégager des pistes pour renforcer nos pratiques de prévention et de promotion de la santé auprès de cette population spécifique.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet UNISOL (Universités solidaires pour la santé des défavorisés) soutenu par l'Université catholique de Louvain et la Fondation Houtman d'aide à l'enfance.

MATERIEL ET METHODES

- Population

Cent cinquante huit adolescents ont participé à l'étude. Le recueil de données a eu lieu entre novembre 2003 et février 2004. Le suivi des élèves est toujours en cours.

Tous les élèves inscrits dans 3 des 21 écoles organisant des « classes-passerelles » en Communauté française ont été inclus dans l'étude, s'ils parlaient l'une des 7 langues les plus fréquentes des élèves migrants récents de Bruxelles : arabe, turc, polonais, bulgare, espagnol, anglais, français. N'ont pas été inclus dans l'étude : les adolescents ne parlant pas l'une de ces 7 langues (environ une quinzaine) et les adolescents analphabètes (n=5).

- Méthodes de recueil de données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux (données socio-démographiques et biométriques) et d'un questionnaire de santé et de qualité de vie auto-administré.

Données du dossier médical (n=158)

Le statut pondéral a été déterminé selon les bornes internationales fixées par sexe et par âge [17].

L'acuité visuelle de loin était considérée comme diminuée si elle était inférieure à 8/10 à un œil au moins [18].

Nous avons attribué à chaque adolescent le niveau socio-économique moyen (valeurs de 1 à 4) de la commune bruxelloise dans laquelle il réside selon les catégories définies par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles sur la base de 3 variables socio-économiques : le revenu moyen par habitant, le taux de chômage et la proportion d'habitants ayant droit à un revenu d'intégration sociale [19].

Questionnaire de santé et de qualité de vie (n=158)

Le questionnaire était composé de 2 parties, l'une relative à la santé globale et aux préoccupations de santé, l'autre à la qualité de vie (QV) liée à la santé.

La première partie du questionnaire a été conçue à partir d'une revue de littérature portant sur les indicateurs de santé des adolescents. Ce travail préliminaire a permis de comparer les différents outils utilisés et de formuler les questions à partir d'une sélection des principaux thèmes abordés par différents auteurs [20-22] : santé et perception de la santé, comportements de santé (tabagisme, activité physique, recours aux soins), préoccupations de santé (liste de 19 thèmes), ressources médicales (connaître un médecin à qui parler en cas de problème de santé) et sociale (avoir dans son entourage quelqu'un sur qui compter). Deux questions supplémentaires relatives à la composition familiale avant et après la migration ont été ajoutées en cours d'enquête pour une partie de l'échantillon (n=85).

La deuxième partie était un questionnaire de qualité de vie : le VSP-A (« Vécu et Santé Perçue chez l'Adolescent ») [16]. Il s'agit d'une échelle de mesure de la QV comportant 40 items répartis en 6 dimensions : bien-être psychologique, énergie/optimisme, amis, école, loisirs, parents. Le questionnaire fournit un score global et des sous-scores par dimension (0 à 100). Les résultats du questionnaire VSP-A ont été comparés à ceux d'un groupe d'adolescents belges de 5^{ème} secondaire (n=95, âge moyen de 16,9 ans) rencontrés précédemment dans le même contexte [14].

Le questionnaire a été traduit par des traducteurs professionnels dans les langues maternelles les plus fréquentes des élèves primo-arrivants de Bruxelles : arabe, turc, polonais, bulgare, espagnol, anglais. Ces traductions n'ont pas encore fait l'objet d'une étude de validation selon des critères scientifiques [23].

L'ensemble du questionnaire français a été testé auprès d'une dizaine d'adolescents belges.

- Dispositif

Les directions d'écoles ont été informées du contenu et de la finalité du projet et ont donné leur accord pour l'administration du questionnaire en classe. Les questionnaires ont été administrés aux adolescents avant le bilan de santé scolaire obligatoire : soit la semaine précédente (n=85), soit le jour-même (n=73). Une information a été faite par le médecin et l'infirmière, précisant l'objectif du questionnaire, son caractère confidentiel, les modalités pratiques de remplissage (questionnaires auto-administrés, échelle de QV remplie selon une échelle de Likert). Les questionnaires ont été remplis en présence du médecin et de l'infirmière et leur ont été remis personnellement. Aucun élève n'a refusé de participer. Seulement 2 des 9 élèves absents lors de la passation du questionnaire ont pu remplir le questionnaire avant le bilan de santé. Les 7 autres n'ont pas été inclus dans l'étude.

- Analyse statistique

Les tests statistiques utilisés sont : les tests de X², le t de Student et le test de Tukey d'analyse de variance pour comparer les fréquences et les moyennes.

RESULTATS

- Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était constitué de 158 adolescents de 37 nationalités différentes. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1. Il y avait 55% de garçons et 45% de filles.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Total (n=158)	Garçons (n=71)	Filles (n=87)
Âge			
- 11-12 ans	3 (2)	0	3 (3)
- 13-14 ans	52 (33)	23 (32)	29 (33)
- 15-16 ans	69 (44)	36 (51)	33 (38)
- 17-18 ans	34(22)	12 (17)	22 (25)
Durée de séjour en Belgique			
- 1 à 3 mois	35 (23)	16 (23)	19 (22)
- 4 à 6 mois	66 (43)	35 (49)	31 (36)
- 7 à 12 mois	49 (32)	17 (24)	32 (37)
- 12 à 18 mois	3 (2)	1 (1)	2 (2)
Nationalité			
- Marocaine	30 (19)	12 (17)	18 (21)
- Latino-américaine (6 pays)	30 (19)	13 (18)	17 (20)
- Polonaise	25 (16)	11 (15)	14 (16)
- Turque	16 (10)	12 (17)	4 (5)
- Bulgare	12 (8)	7 (10)	5 (6)
- Africaine* (6 pays)	11 (7)	2 (3)	9 (10)
- Autres (21 pays)	34 (21)	20 (28)	14 (16)
Niveau socio-économique de la commune de résidence (n=135)			
- Bas	37 (28)	15 (21)	22 (25)
- Moyen bas	73 (54)	32 (45)	41 (47)
- Moyen élevé	21 (16)	8 (11)	13 (15)
- Elevé	4 (3)	3 (4)	1 (1)

* Afrique noire

Les valeurs représentent le nombre d'adolescents et les pourcentages sont notés entre parenthèses

L'âge moyen des adolescents était de 15,4 ans [11-18 ans]. La durée moyenne de séjour en Belgique depuis l'arrivée était de 5,8 mois [1-18 mois]. Sur un sous-échantillon de 85 adolescents, 72% avaient vécu un changement familial avec la migration (séparation ou regroupement avec le père, la mère ou les 2 parents) et 48% vivaient avec leurs 2 parents, tandis que 43% vivaient avec soit le père, soit la mère et 9% ne vivaient ni avec le père ni avec la mère (adolescents vivant avec une personne tutrice, dans une structure d'accueil pour réfugiés ou seuls). La grande majorité (81,5%) des adolescents résidait dans une commune bruxelloise de niveau socio-économique « bas » ou « moyen bas ».

- Santé et qualité de vie

Santé et perception de santé

- Statut pondéral

75% des adolescents avaient un indice de masse corporelle normal, 19% étaient en surcharge pondérale et 6% étaient obèses. Il n'y avait pas de différence selon le sexe. La prévalence de la surcharge pondérale (incluant l'obésité) était de 41% dans la tranche d'âge des 13-14 ans contre 16% parmi les 15-16 ans et 18% parmi les 17-18 ans (différences non significatives).

- Acuité visuelle

La prévalence des anomalies visuelles non traitées était de 12%. La majorité des adolescents concernés étaient arabes ou turcs (respectivement 50% et 22% des cas dépistés).

- Perception de la santé

73% des adolescents estimaient avoir une santé « bonne », 24,5% une santé « moyenne » et 2,5% une « mauvaise santé ». Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe et selon l'âge.

Comportements de santé

Dix pour cent des adolescents étaient fumeurs (en réponse à la question « es-tu fumeur ? oui/non ») et 46% déclaraient pratiquer une activité physique régulière.

A la question « si tu avais une question ou un problème par rapport à ta santé, connais-tu un médecin à qui tu pourrais parler de manière confidentielle ? », 17% des adolescents ont répondu « oui » et 83% « non ». A la question « aujourd'hui, y a-t-il quelqu'un sur qui tu peux vraiment compter (parents, amis, frère, sœur, enseignant, éducateur, service psycho-médico-social de l'école, médecin, autre...) ? », 80% des adolescents ont répondu « oui » et 20% « non ». Les personnes ressources les plus fréquemment citées étaient les parents ou la fratrie. 37% des adolescents avaient eu recours à des soins de santé ou à un psychologue l'année précédent l'enquête.

Préoccupations de santé

Les préoccupations de santé mentionnées par les adolescents sont présentées dans le Tableau 2.

Près de la moitié des adolescents se sont dits préoccupés par l'avenir. Les autres préoccupations les plus fréquemment citées étaient les troubles du sommeil ou la fatigue (38%), l'alimentation ou le poids (35%), l'exercice physique (35%), le découragement ou la tristesse (30%), les maux de tête (28%), les questions relatives à la gynécologie, la contraception ou la sexualité (23%), le stress (20%), les difficultés relationnelles avec les parents, les enseignants, les amis (19%), les symptômes de déprime et parfois les idées noires (18%), les difficultés de concentration (18%).

Certaines préoccupations de santé étaient présentes plus fréquemment chez les filles : celles relatives à l'alimentation, au poids et/ou au régime ($X^2=13,93$, $p<0,001$), le découragement et

la tristesse ($X^2=5,22$, $p<0,05$) et aux questions de gynécologie-contraception-sexualité ($X^2=6,26$, $p<0,05$).

Tableau 2 : Préoccupations de santé des adolescents récemment immigrés

Préoccupation de santé	Total (n=158)	Garçons (n=71)	Filles (n=87)
Avenir	75 (48)	33 (47)	42 (48)
Troubles du sommeil/fatigue	60 (38)	24 (34)	36 (41)
Alimentation/poids	56 (35)	14 (20)	42 (48)
Exercice physique	55 (35)	28 (40)	27 (31)
Découragement/tristesse	48 (30)	15 (21)	33 (38)
Maux de tête	44 (28)	18 (25)	26 (30)
Acné	42 (27)	16 (23)	26 (30)
Gynécologie/ contraception/sexualité	37 (23)	10 (14)	27 (31)
Stress/anxiété	31 (20)	16 (23)	15 (17)
Difficultés relationnelles	30 (19)	13 (18)	17 (20)
Déprime/blues/dépression/idées noires	29 (18)	12 (17)	17 (20)
Difficultés de concentration	28 (18)	9 (13)	19 (22)
Tabac/alcool/cannabis/drogues	16 (10)	8 (11)	8 (9)
Autres	15 (11)	6 (10)	9 (12)
Aucune	12 (8)	10 (14)	2 (2)

Les valeurs représentent le nombre d'adolescents et les pourcentages sont notés entre parenthèses

Qualité de vie

Les scores de QV par sexe et par âge sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Qualité de vie des adolescents primo-arrivants par sexe et par âge (n=158)

	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Sexe							
- masculin	62,4 (16,2)	68,3 (16,2)	50,1 (21,5)	64,0 (21,5)	44,1 (21,8)	66,9 (21,1)	59,4 (11,8)
- féminin	58,8 (17,1)	66,0 (17,1)	52,4 (23,7)	62,8 (20,9)	38,0 (26,3)	68,1 (22,5)	57,5 (12,9)
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Âge							
13-14 ans	65,3 (15,3)	68,9 (16,6)	50,9 (24,2)	66,0 (20,6)	42,0 (26,0)	70,9 (20,3)	60,5 (11,4)
15-16 ans	58,0 (17,3)	66,2 (16,2)	53,5 (23,2)	64,2 (21,4)	43,9 (24,5)	67,1 (22,0)	58,9 (12,6)
17-18 ans	56,4 (16,6)	66,0 (17,8)	48,6 (19,2)	57,1 (20,4)	34,3 (20,9)	62,7 (24,2)	53,3 (12,9)
	p<0,05	NS	NS	NS	NS	NS	NS

La déviation-standard est notée entre parenthèses (\pm DS)

Il n'existait pas de différence significative selon le sexe, qu'il s'agisse du score global ou des sous-scores par dimension. Les adolescents plus âgés rapportaient un niveau de mal-être psychologique significativement plus important.

Il existait une différence significative entre les adolescents selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, les adolescents vivant dans une commune de niveau « bas » ou « moyen bas » présentant un meilleur score pour la dimension « énergie-vitalité » que les adolescents résidant dans une commune de niveau « moyen élevé » ou « élevé » ($F=2,78$, $p<0,05$). Concernant le cadre familial, il n'y avait pas de différence significative selon que les adolescents vivent avec 0, 1 ou 2 parents (pour aucune dimension).

Le Tableau 4 présente une comparaison des scores de QV entre adolescents primo-arrivants et adolescents belges [14].

Les scores étaient comparables entre les 2 groupes pour les dimensions « énergie-vitalité » et « école ». Les adolescents primo-arrivants avaient de meilleurs scores de qualité de vie concernant les dimensions « bien-être psychologique » et « parents ». Ils avaient en revanche de moins bons scores concernant les dimensions « amis » et « loisirs ». Le score global de QV était également inférieur chez les adolescents primo-arrivants.

Tableau 4 : Comparaison de la qualité de vie entre adolescents primo-arrivants et adolescents belges

	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Primo-arrivants	60,4 (16,7)	67,0 (16,7)	51,4 (22,7)	63,4 (21,1)	40,7 (24,5)	67,6 (21,8)	58,3 (12,4)
Belges (Renard 2004)	55,6 (13,3)	68,1 (16,1)	66,6 (17,5)	60,0 (17,5)	58,7 (21,9)	63,1 (20,1)	62,0 (11,2)
	p<0,05	NS	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,01	p<0,05

Le Tableau 5 présente les résultats de QV des adolescents selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique.

Tableau 5 : Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique

	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Durée de séjour							
1 à 3 mois	68,6 (16,3)	71,6 (13,2)	50,2 (20,5)	72,0 (16,9)	41,9 (21,3)	76,1 (15,8)	63,5 (12,4)
4 à 6 mois	59,3 (16,5)	67,1 (16,8)	52,0 (25,3)	63,9 (19,9)	38,8 (26,2)	65,9 (22,4)	57,8 (11,3)
7 à 12 mois	56,1 (15,8)	62,9 (18,7)	51,2 (22,5)	56,4 (23,5)	41,9 (24,5)	62,0 (24,0)	55,3 (13,4)
	p<0,01	NS	NS	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05

La QV diminuait de manière significative pour les dimensions « bien-être psychologique », « école », « parents », et le score global VSP-A selon que les adolescents étaient en Belgique depuis moins de 3 mois, entre 3 et 6 mois ou plus de 6 mois. Les scores des dimensions « amitiés » et « loisirs » restaient peu élevés.

Le Tableau 6 présente les résultats de QV des adolescents en fonction de l'existence ou non d'une personne-ressource dans l'entourage.

Tableau 6 : Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon le soutien social (existence dans l'entourage d'une personne sur qui compter)

	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Soutien social (N=121)	61,8 (15,3)	68,6 (16,4)	55,0 (21,7)	64,0 (21,1)	43,5 (24,7)	70,3 (19,4)	60,6 (11,1)
Pas de soutien social (N=31)	54,6 (19,3)	60,6 (16,7)	36,5 (21,7)	60,4 (20,7)	29,9 (20,5)	55,5 (27,7)	48,0 (13,5)
	p<0,05	p<0,05	p<0,01	NS	p<0,01	p<0,01	p<0,01

L'absence d'une personne-ressource dans l'entourage était associée à des résultats de QV plus faibles.

DISCUSSION

Interprétation des résultats et comparaison avec les adolescents non immigrants

Les adolescents immigrants récents étaient en bonne santé comparativement aux adolescents non immigrants.

La prévalence des anomalies visuelles non traitées était nettement inférieure à la prévalence moyenne rencontrée chez les adolescents dans les services de médecine scolaire (12% versus 30%) et identique à celle observée dans le groupe social le plus élevé dans une étude menée en à Bruxelles [18]. Rien n'explique *a priori* la prévalence plus élevée parmi les adolescents marocains et turcs. Une hypothèse de nature socio-économique et/ou culturelle devrait être étudiée.

La prévalence de la surcharge pondérale de l'échantillon était supérieure aux valeurs retrouvées dans une étude européenne utilisant les mêmes critères de définition de la surcharge pondérale et de l'obésité [24], mais elle était semblable aux valeurs obtenues chez les adolescents à Bruxelles d'après les courbes de Rolland-Cachera [25]

La perception de la santé était identique à celle des adolescents belges évaluée avec le même instrument [14].

Dix pour cent seulement des adolescents primo-arrivants étaient fumeurs quotidiens, contre environ 18% des jeunes de 15 ans dans les pays de l'Union européenne [26].

Ces résultats ne peuvent pas être généralisés compte tenu de la taille relativement restreinte de l'échantillon. Ils sont cependant rassurants, et bien que nous n'ayons pas de données concernant la catégorie d'immigrants de notre échantillon (les familles réfugiées et clandestines sont nombreuses à Bruxelles), ils pourraient s'expliquer par deux processus qui suggèrent que les familles récemment immigrées en Belgique ne sont pas nécessairement représentatives de la population du pays d'origine [8]. Premièrement un *processus d'auto-sélection* inclut les familles qui peuvent et souhaitent quitter leur pays et écarte ceux qui sont malades ou souffrent d'incapacités. Deuxièmement un *processus d'immigration* sélectionne les « meilleurs » immigrants sur la base du niveau d'études, de la connaissance de la langue et des compétences professionnelles, caractéristiques qui facilitent l'intégration sociale et économique et qui vont de pair avec un mode de vie sain. Ces processus devraient faire l'objet d'une recherche sociologique approfondie.

Par ailleurs, il y a lieu d'être attentif aux résultats fournis par les études de Blake et al. [4] et Harris [10] qui ont observé une augmentation significative des comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac et de drogues, sexualité précoce et/ou non protégée, violence) avec la durée de séjour parmi les jeunes de première génération.

Un jeune sur cinq seulement dans notre échantillon connaissait un médecin à qui il aurait pu s'adresser en cas de question ou de problème de santé. Par ailleurs, les préoccupations de santé des adolescents primo-arrivants étaient nombreuses. Les services de santé scolaire, gratuits et universels, devraient dès lors renforcer leur accès et leur disponibilité pour ces jeunes, puisqu'il s'agit dans un premier temps de leur seul recours possible.

La fréquence des préoccupations relatives au corps et à la santé physique était relativement proche de celle d'un groupe d'adolescents anglais, mais les affects dépressifs touchaient 18% des adolescents primo-arrivants, contre 8% chez les adolescents anglais [20].

En comparaison aux adolescents belges, les résultats du questionnaire de QV montraient chez les jeunes primo-arrivants des valeurs significativement supérieures pour les dimensions « bien-être psychologique » et « parents », des valeurs proches pour les dimensions « énergie-vitalité » et « école », et des valeurs significativement inférieures pour les dimensions « amis » et « loisirs ». Ces résultats ne peuvent pas être généralisés étant donné la taille des échantillons et le fait qu'il s'agit, pour les adolescents belges, de jeunes d'un groupe d'âge compris entre 15 et 20 ans (âge moyen de 16,9 ans). Ils rejoignent cependant les travaux de Schiff [27-28] qui, en étudiant le parcours de jeunes primo-arrivants en France, a mis en évidence un certain nombre de caractéristiques communes à l'arrivée dans le pays d'accueil : une vision relativement optimiste de l'avenir, une volonté de réussite, un investissement scolaire important, un certain isolement, peu de loisirs, un repli familial et ethnique.

Nous avons observé dans notre étude une diminution de la QV selon le temps écoulé depuis l'arrivée à Bruxelles. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude longitudinale, on peut cependant

rapprocher nos résultats du modèle d'adaptation à une nouvelle société de Massé [29], caractérisé par quatre étapes : (1) une *étape touristique*, durant les premiers mois, marquée par l'euphorie de la découverte d'un environnement physique, social et culturel nouveau ; (2) une *étape marquée par le choc avec la réalité*, où l'on risque de voir apparaître des problèmes de santé physique et mentale dans un contexte de frustration, de stress et d'anxiété ; (3) une *étape d'ajustement*, où apparaissent les premières retombées positives des apprentissages de comportements adaptés ; (4) et une *étape d'intégration*, que toute personne migrante n'atteint pas [30-31]. Les adolescents primo-arrivants en Belgique depuis moins d'un an passeraient successivement par les étapes d'euphorie et par une crise en lien avec les différents obstacles auxquels ils doivent faire face durant les premiers mois. Des recherches longitudinales seraient nécessaires pour éclairer ces aspects.

Rôle des services de santé scolaire dans la pratique individualisée auprès des adolescents récemment immigrés

Cette étude a permis d'identifier 3 rôles pour les services de santé scolaire concernant la santé et le bien-être des adolescents récemment immigrés qu'ils rencontrent au cours de la première année de leur arrivée :

- Le dépistage : outre les mesures de santé biométriques (poids, taille, vue, audition, caries dentaires...), l'examen clinique, l'examen de la carte de vaccinations et le dépistage systématique de la tuberculose organisé dans un centre bruxellois spécialisé, le bilan de santé doit davantage s'intéresser aux aspects comportementaux et subjectifs de la santé, pour un repérage précoce des adolescents qui nécessiteraient un accompagnement renforcé. Un outil tel que le questionnaire de santé et de qualité de vie traduit dans différentes langues utilisé dans notre étude a montré son utilité pour évaluer plus justement l'état de santé des adolescents malgré les barrières culturelles. Au terme du bilan de santé, une concertation entre les différents intervenants de la santé scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social ou éducateur) serait utile pour une prise de décision conjointe de suivi médical ou psychosocial des adolescents en difficulté.
- L'information : grâce au questionnaire qui sert de guide d'entretien lors du bilan de santé, il s'agira de répondre aux préoccupations de santé identifiées et d'encourager le recours aux structures d'aide disponibles (les permanences infirmières à l'école, les médecins généralistes et les pédiatres, les services de santé mentale pour jeunes ou pour patients migrants, etc.). Une information sera donnée sur les modalités d'accès aux soins et de remboursement en Belgique. Des brochures d'information traduites en différentes langues complèteraient utilement ces conseils.
- L'attention particulière aux adolescents réfugiés et à ceux qui n'ont pas de soutien social (notamment les mineurs étrangers non-accompagnés, appelés « MENA » en CFB) : l'enquête a en effet montré des scores de QV plus faibles chez les 20% d'adolescents n'ayant pas de personne-ressource dans leur entourage. Tousignant et al. avaient mis en évidence la vulnérabilité psychologique des adolescents réfugiés [32]. En particulier, les troubles mentaux étaient associés à la séparation des parents ou au fait que le père soit au chômage depuis plus de six mois, indiquant que la situation des parents pouvait avoir des conséquences sur toute la famille pendant la période d'intégration et d'adaptation au nouveau pays.

Un accompagnement psychosocial renforcé de ces enfants lors de l'arrivée en Belgique pourrait contribuer à la prévention du mal-être possible.

Limites de l'enquête

Cette enquête menée auprès des adolescents récemment immigrés présente un certain nombre de limites. Premièrement, la taille de l'échantillon est relativement réduite. Ensuite, il ne s'agit pas d'une étude exhaustive : le souci de développer un outil court, pratique, utilisable en routine, nous a amenés sélectionner un certain nombre d'items, au détriment d'autres qui auraient pu apporter des informations plus précises. Nos résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des adolescents migrants récents. Une étude de plus grande envergure auprès du même type de population permettrait une analyse plus fine des résultats selon la nationalité, le statut socio-économique des familles, les antécédents de traumatisme ou de guerre dans le pays d'origine, etc. Enfin, la traduction des instruments n'a pas encore fait l'objet d'une validation scientifique.

Une évaluation de l'évolution de la santé et de la qualité de vie des adolescents par ré-administration du questionnaire à un an est prévue.

CONCLUSION

L'utilisation d'un questionnaire de santé et de QV traduit dans la langue maternelle des adolescents primo-arrivants a permis d'évaluer leurs besoins psycho-sociaux et comportementaux en complément au bilan de santé somatique classique en médecine scolaire. Notre étude a mis en évidence une diminution de la QV des adolescents selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique. Cette observation nécessite une mobilisation interdisciplinaire précoce visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être des jeunes migrants récents et à prévenir l'acquisition de comportements à risque.

REFERENCES

- [1] Harker K. Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Forces* 2001, 79, 969-1004.
- [2] Gordon-Larsen P, Harris KM, Ward DS et al.. Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US : the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med* 2003 ; 57 : 2023-34.
- [3] Ebin VJ, Sneed CD, Morisky DE et al. Acculturation and interrelationships between problem and health-promoting behaviours among Latino adolescents. *J Adolesc Health* 2001 ; 28 : 62-72.
- [4] Blake SM, Ledsky R, Goodenow C et al. Recency of immigration, substance use, and sexual behaviour among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 2001 ; 91 : 794-8.
- [5] Virta E, Sam DL, Westin C. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden : a comparative study of their psychological adaptation. *Scand J Psychol* 2004 ; 45 : 15-25.
- [6] Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004 ; 45 : 131-44.
- [7] Rousseau C, Drapeau A, Rahimi S. The complexity of trauma response : a 4-year follow-up of adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse Neglect* 2003 ; 27 : 1277-90.
- [8] Hyman I. Immigration and Health. Health Policy Working Paper Series. Working paper 01-05. Ottawa, ON : Health Canada, September 2001. Online at <http://www.hc-sc.gc.ca/iacbdgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html>.
- [9] Alati R., Najman JM, Schuttlewood GJ et al. Changes in mental health status amongst children of migrants to Australia : a longitudinal study. *Sociol Health Illness* 2003 ; 25 : 866-88.
- [10] Harris KM. The health status and risk behaviour of adolescents in immigrant families. In Hernandez D (Ed.), *Children of immigrants : health, adjustment and public assistance*. Washington, DC : National Academy Press, 1999 : 286-347.
- [11] Décret visant l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française, 14 juin 2001.
- [12] Hedberg VA, Klein JD, Andresen E. Health counseling in adolescent preventive visits : effectiveness, current practices, and quality measurement. *J Adolesc Health* 1998 ; 23 : 344-53.
- [13] Cowan PF, Morewitz SJ. Encouraging discussion of psychosocial issues at student health visits. *J Am Coll Health* 1995 ; 43 : 197-200.
- [14] Renard F, Delpire S, Deccache A. Evaluer la santé des adolescents en médecine scolaire : la qualité de vie comme complément aux indicateurs cliniques. *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 1438-44.
- [15] Huebner ES, Valois RF, Suldo SM et al. Perceived quality of life: a neglected component of adolescent health assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004; 34 : 270-8.
- [16] Simeoni MC, Sapin C, Antoniotti S et al. Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health. *J Adolesc Health* 2001; 28 : 288-94.
- [17] Cole TJ, Bellizi MC, Flegal KM et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *Brit Med J* 2000, 320 : 1240-3.
- [18] De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. Dépistage et prise en charge des troubles visuels chez l'adolescent : impact sur les inégalités sociales. *Santé Publique* 1999 ; 11 : 41-7.
- [19] De Spiegelaere M, Wauters I, Haelterman E. Le suicide en région de Bruxelles-Capitale : situation 1998-2000. *Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social*, 2003/04 , 62 p.

- [20] Walker Z, Townsend J, Oakley L et al. Health promotion for adolescents in primary care : randomised control trial. *BMJ* 2002 ; 325 : 524.
- [21] Harrison PA, Beebe TJ, Park E. The Adolescent Health Review : a brief, multidimensional screening instrument. *J Adolesc Health* 2001; 29 : 131-9.
- [22] Reijneveld SA, Vogels AGC, Brugman E et al. Early detection of psychosocial problems in adolescents : how useful is the Dutch short indicative questionnaire (KIPVA)? *Eur J Publ Health* 2003; 13 : 152-9.
- [23] Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique. Ed. Masson, 2001, 207 p.
- [24] Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev* 2003 ; 4 : 195-200.
- [25] De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. The influence of socioeconomic status on the incidence and evolution of obesity during early adolescence. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998 ; 22 : 268-74.
- [26] OMS – Bureau Régional de l'Europe, 2004, Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R et al. (eds.). *Health Behaviour in School-aged Children (the HBSC 2001/2002 Survey International Report)*, Copenhagen.
- [27] Schiff C. Les adolescents primo-arrivants au collège : les contradictions de l'intégration dans un univers en tension, *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, n°125, 2001.
- [28] Schiff C. Les jeunes primo-migrants : un rapport à la société distinct de celui des minorités ethniques. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, n°131, 2002.
- [29] Massé R. *Culture et Santé publique*. Ed. Gaëtan Morin, Montréal, 1995, 499p.
- [30] Barry JW. Immigration, acculturation and adaptation. *Appl Psychology* 1997 ; 46 : 5-34.
- [31] Barry JW. Constructing and expanding a framework : opportunities for developing acculturation research. *Appl Psychol* 1997 ; 46 : 62-7.
- [32] Tousignant M, Habimana E, Biron C et al. The Quebec adolescent refugee project : psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1999 ; 38 : 1-7.

4. EVALUATION DU DEVENIR ET DE LA QUALITE DE VIE DES ADOLESCENTS PRIMO-ARRIVANTS APRES UN AN

La qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique – Une étude prospective menée en milieu scolaire

F.Renard, A.Deccache

RESUME

Objectifs

Cette étude présente les résultats d'une enquête prospective menée auprès d'adolescents récemment immigrés en Belgique.

Méthodes

L'échantillon incluait au départ 158 adolescents scolarisés âgés de 11 à 18 ans, provenant de 37 pays différents. La qualité de vie a été évaluée avec l'échelle VSP-A (Vécu et Santé Perçue par les Adolescents), administrée lors de 2 enquêtes menées à un an d'intervalle (T1 et T2).

Résultats

Plus de la moitié des adolescents étaient perdus de vue lors de la deuxième enquête. Les résultats de qualité de vie au T2 ont montré une diminution significative des scores pour les dimensions « bien-être psychologique », « énergie-optimisme », « école », « parents » et une augmentation significative pour la dimension « loisirs ». Une analyse de régression a permis d'identifier les dimensions « amitiés » et « bien-être psychologique » en T1 comme prédicteurs de la qualité de vie globale en T2. Les scores des adolescents immigrés rejoignent au T2 les scores observés dans un échantillon d'adolescents belges, mais le score global de QV devient significativement inférieur chez les adolescents immigrés.

Conclusion

Cette étude met en évidence la nécessité d'une évaluation précoce de la santé mentale des adolescents récemment immigrés et de sa ré-évaluation dans le temps. Elle souligne l'importance de mettre en place des programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire.

INTRODUCTION

Les populations immigrées représentent un groupe vulnérable en termes de santé mentale pour diverses raisons. Tout d'abord, en quittant leur pays, elles vivent un changement important de leur environnement physique et social. Les familles fuient parfois un pays en guerre. Ensuite, elles ont souvent à fournir d'énormes efforts d'ajustement notamment en apprenant une nouvelle langue et en adoptant de nouvelles valeurs et de nouveaux styles de vie. Et enfin, dans certains cas elles subissent une baisse de statut social après l'immigration [15, 19]. Chez les adolescents, la migration peut avoir un impact important sur la santé et le bien-être [13].

Les études s'intéressant spécifiquement à la santé mentale des adolescents récemment immigrés ou « primo-arrivants » sont rares. Différentes études se sont intéressées aux adolescents de « première génération ». Par définition, ces adolescents sont nés dans un pays étranger et ont donc vécu la migration vers un pays plus développé. Les adolescents de première génération ont une santé mentale tantôt meilleure [4,16], tantôt équivalente [5,14], tantôt moindre [25] que les adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger). Concernant l'état de santé général, on observe des différences entre la santé générale objectivée et la santé perçue par les adolescents eux-mêmes : la prévalence de mauvaise santé perçue est supérieure à celle de mauvaise santé objectivée par le médecin tant chez les adolescents de première que de deuxième génération, mais les adolescents de première génération se perçoivent en moins bonne santé générale que les adolescents de deuxième génération [12].

Quant aux adolescents réfugiés, ils représentent une sous-population unique parmi les immigrants de première génération. En effet, bien que les problèmes auxquels doivent faire face les jeunes immigrants et les jeunes réfugiés à leur arrivée dans le pays d'accueil se ressemblent à certains égards (par exemple les barrières linguistiques, l'isolement social), les enfants et les adolescents réfugiés sont davantage exposés à des problèmes de santé mentale que les immigrants [7]. Dans une étude menée au Canada, Tousignant et al. [24] ont observé un taux de 21% de psychopathologie dans un échantillon de jeunes réfugiés, comparé à 11% chez les jeunes canadiens. L'âge d'arrivée au Canada et le séjour dans un camp durant l'exil n'étaient pas associés aux symptômes psychopathologiques.

Dans l'ensemble, bien que les études longitudinales soient rares, on observe une détérioration de la santé des jeunes de première génération avec la durée de séjour dans le pays d'accueil, en particulier concernant les dimensions physique et comportementale de la santé. On observe une augmentation des comportements à risque (consommation d'alcool, de drogues, sexualité à risque, délinquance et violence) avec la durée de séjour [2,5]. L'évolution de la santé mentale des adolescents récemment immigrés avec la durée de séjour dans le pays d'accueil ne semble à ce jour pas avoir été étudiée.

Cette étude présente les résultats d'une enquête prospective portant sur la qualité de vie (QV) des adolescents récemment immigrés rencontrés dans le cadre des services de santé scolaire. La mesure de la QV des adolescents permet une approche positive et multidimensionnelle de la santé [6]. L'échelle VSP-A (« *Vécu et Santé Perçue par l'Adolescent* »), en particulier, comporte 6 dimensions de la santé des jeunes et permet de s'intéresser tant à leur souffrance psychique qu'à leurs ressources [23]. Son utilisation a montré son intérêt dans les services de médecine et de santé scolaires [17].

Cette étude visait à : (1) évaluer le devenir et l'évolution de la QV d'adolescents immigrés scolarisés entre la première et la deuxième année de leur arrivée en Belgique ; (2) comparer la QV des adolescents immigrés à celle d'un groupe d'adolescents belges.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet UNISOL (Universités solidaires pour la santé des défavorisés) soutenu par l'Université catholique de Louvain et la Fondation Houtman d'aide à l'enfance.

METHODE

- Population

La totalité de l'étude s'appuie sur deux enquêtes par questionnaire menées au sein d'un échantillon d'adolescents récemment immigrés, à un an d'intervalle. Les enquêtes ont eu lieu dans le cadre des services PSE de promotion de la santé à l'école.

158 adolescents de 3 écoles organisant des classes d'accueil spécialisées pour les élèves primo-arrivants, ont été inclus dans l'étude en novembre 2003 s'ils parlaient l'une des 7 langues les plus fréquentes des élèves migrants récents de Bruxelles : arabe, turc, polonais, bulgare, espagnol, anglais, français. N'ont pas été inclus dans l'étude : les adolescents ne parlant pas l'une de ces 7 langues (environ une quinzaine) et les adolescents analphabètes (n=5).

Les recueils de données ont eu lieu entre novembre 2003 et février 2004 (T1) et entre janvier et février 2005 (T2).

- Méthode

- 1) Questionnaire

Le questionnaire de qualité de vie administré était le VSP-A (« Vécu et Santé Perçue chez l'Adolescent ») [23]. Il s'agit d'une échelle de mesure de la QVLS comportant 40 items répartis en 6 dimensions : bien-être psychologique (10 items), énergie/optimisme (10 items), amis (6 items), école (3 items), loisirs (5 items), parents (6 items). Les adolescents doivent, pour chaque item, évaluer sa fréquence et son intensité sur une échelle de Lickert à 5 degrés. Les scores calculés sont transformés linéairement en une échelle allant de 0 à 100, 100 indiquant la qualité de vie « la plus favorable », 0 « la moins favorable ». Le format de réponse utilisé dans cette étude n'étudie que la fréquence de chaque item.

Les résultats du questionnaire VSP-A ont été comparés à ceux d'un groupe d'adolescents belges de 5^{ème} secondaire (n=95, âge moyen de 16,9 ans) rencontrés précédemment dans le même contexte [17].

Le questionnaire était complété de questions relatives à la santé perçue et aux préoccupations de santé.

L'ensemble du questionnaire a été traduit par des traducteurs professionnels en arabe, turc, polonais, bulgare, espagnol, anglais. Ces traductions n'ont pas encore fait l'objet d'une étude de validation selon des critères scientifiques [9]. Le questionnaire français a été testé auprès d'une dizaine d'adolescents belges.

- 2) Dispositif

Les directions d'écoles ont été informées du contenu et de la finalité du projet et ont donné leur accord pour l'administration du questionnaire en classe.

Lors de la première enquête, les questionnaires ont été administrés aux adolescents avant le bilan de santé scolaire obligatoire : soit la semaine précédente (n=85), soit le jour-même

(n=73). Une information a été faite par le médecin et/ou l'infirmière, précisant l'objectif du questionnaire, son caractère confidentiel, les modalités pratiques de remplissage (questionnaires auto-administrés, échelle de QV remplie selon une échelle de Likert). Lors de la deuxième enquête, les questionnaires ont été complétés en classe. Les questionnaires ont été remplis en présence du médecin et/ou de l'infirmière et leur ont été remis personnellement. Aucun élève n'a refusé de participer.

3) Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student par rapport à un échantillon apparié. Le test du X² a été utilisé pour comparer les proportions. Une analyse de régression linéaire a été réalisée pour dégager des prédicteurs indépendants des scores de VSP-A au T2. Une valeur p<0,05 a été considérée comme significative.

RESULTATS

- Caractéristiques des participants au cours des deux enquêtes

Les caractéristiques des adolescents inclus dans la première enquête ont été décrits dans un article précédent [18]. L'échantillon était constitué de 158 adolescents de 37 nationalités différentes. Il y avait 55% de garçons et 45% de filles. L'âge moyen des adolescents était de 15,4 ans. La durée moyenne de séjour en Belgique depuis l'arrivée était de 5,8 mois. 49% seulement des adolescents ont complété le questionnaire lors de la seconde enquête (adolescents doubles répondeurs), 51% ayant quitté l'école (adolescents perdus de vue, n=80). Deux questionnaires étaient inexploitable. L'échantillon total en 2005 était constitué de 76 adolescents. Il y avait 42% de garçons et 58% de filles.

Les résultats de QV comparés entre les doubles répondeurs et les adolescents perdus de vue au T1 sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Comparaison de la QV des adolescents immigrés présents depuis moins d'un an en Belgique (T1) selon leur devenir en 2005

Enquête 2004	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Doubles répondeurs (n=76)	62,6 (16,7)	66,3 (16,9)	51,2 (24,5)	65,9 (19,7)	41,3 (24,7)	69,0 (19,8)	59,6 (12,0)
Perdus de vue (n=80)	58,2 (16,7)	67,8 (16,8)	51,5 (21,4)	61,1 (22,4)	39,4 (24,2)	66,1 (23,7)	57,1 (12,7)
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

La déviation-standard est notée entre parenthèses (±DS)

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Pour les doubles répondeurs, il n'y avait pas de différences significative en 2004 selon le sexe ni selon l'âge (pour aucune dimension).

- Evolution de la santé perçue et de la qualité de vie 2004-2005 (n=76)

La santé perçue des adolescents diminue après un an (77% des adolescents se déclarent en « bonne santé » et 23% en moyenne ou mauvaise santé au T1 contre respectivement 68% et 32% au T2) et la fréquence de certaines préoccupations de santé d'ordre psychique augmente légèrement (davantage de sentiments de déprime, de stress et de troubles de concentration). Mais ces différences ne sont pas significatives.

La QV des adolescents diminue globalement après un an (Tableau 2) : on observe une diminution significative des dimensions « bien-être psychologique », « énergie-optimisme », « école » et « parents » avec le temps, et une augmentation significative de la dimension « loisirs ». Le score global VSP-A ne diminue pas de manière significative.

Tableau 2 : Comparaison et différences de la QV des adolescents primo-arrivants entre 2004 et 2005 (n=76)

Qualité de vie	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
2004	62,3 (16,8)	65,9 (17,0)	51,0 (24,6)	65,7 (19,6)	41,3 (24,7)	68,9 (19,9)	59,6 (12,1)
2005	54,4 (18,7)	60,9 (15,5)	55,7 (25,9)	56,2 (15,3)	47,6 (24,0)	63,7 (21,0)	56,9 (12,0)
2004-2005 (différences)	7,9 (21,5) t=3,0**	5,0 (14,3) t=2,9**	-4,7 (23,9) t=-1,6	9,5 (22,5) t=3,3**	-6,3 (24,0) t=-2,2*	5,2 (21,4) t=2,0*	2,7 (10,9) t=1,9

*test significatif à $p < 0,05$, **test significatif à $p < 0,005$

L'évolution de la QV des adolescents ne diffère statistiquement pas selon l'âge mais bien selon le sexe pour la dimension « bien-être psychologique ». Les filles montrent une dégradation plus importante de leur bien-être psychologique que les garçons ($\Delta = -12,25 \pm 5,18$, $t = -2,367$, $p < 0,05$).

Une analyse de régression prédisant la QV globale au T2 a été réalisée avec comme prédicteurs les 6 sous-dimensions du VSP-A au T1. Les seuls prédicteurs significatifs étaient les scores aux dimensions « amitiés » ($\beta = 0,61$, $p < 0,0001$) et « bien-être psychologique » ($\beta = 0,23$, $p < 0,05$) au T1.

- Comparaison à une population d'adolescents belges

Les adolescents immigrés présentent un bien-être psychologique significativement meilleur que les adolescents belges lors de leur première année en Belgique (Tableau 3 et graphique).

Tableau 3 : Comparaison de la QV entre adolescents primo-arrivants aux T1 et T2 (n=76) et adolescents belges (n=95)

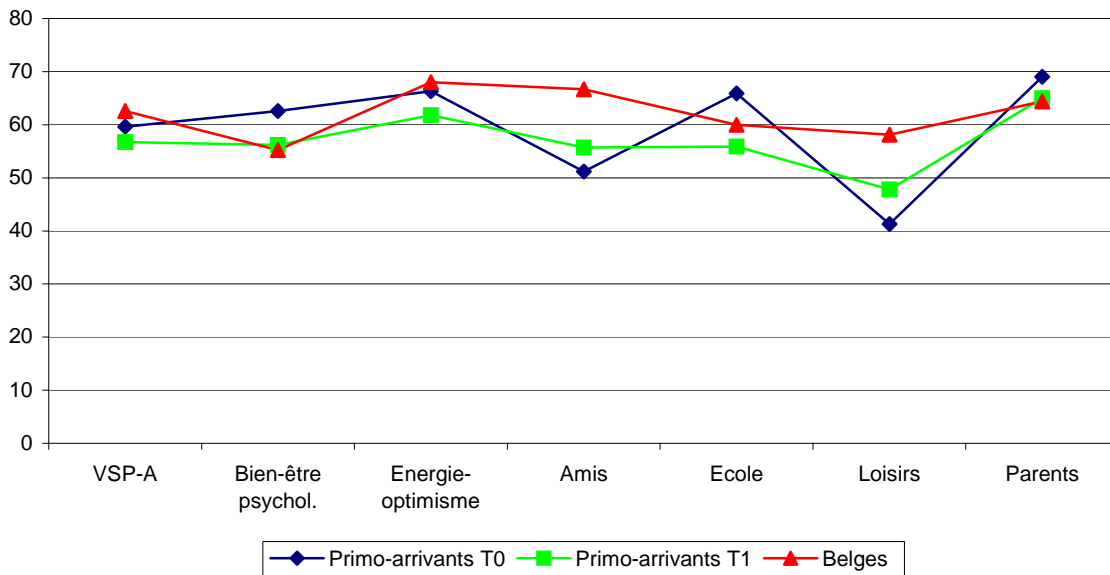
Qualité de vie	Psychol.	Énergie	Amis	École	Loisirs	Parents	VSP-A
Primo-arrivants T1	62,6(16,7)**	66,3 (16,8)	51,2 (24,5)**	65,9 (19,7)	41,3 (24,7)**	69,0 (19,8)	59,6 (12,0)
Primo-arrivants T2	56,2 (16,6)	61,8 (15,7)*	55,7 (25,4)**	55,9 (15,0)	47,8 (23,9)**	65,0 (21,5)	56,7 (11,8)**
Belges (Renard 2004)	55,2 (14,0)	68,0 (16,2)	66,7 (17,9)	60,0 (17,5)	58,1 (22,0)	64,4 (20,6)	62,6 (10,6)

*test significatif à $p < 0,05$, **test significatif à $p < 0,005$

Leur bien-être sur le plan « amitiés » et « loisirs » est par contre nettement inférieur à celui des jeunes belges.

Un an plus tard, le bien-être psychologique des adolescents immigrés a diminué pour rejoindre des valeurs proches de celles des adolescents belges. Les scores d'énergie et d'optimisme ont également diminué pour se retrouver significativement inférieurs à ceux des adolescents belges. Les scores des dimensions sociales de l'amitié et des loisirs ont augmenté mais restent inférieurs à ceux des adolescents belges. Le score global de QV est devenu significativement moins bon chez les adolescents immigrés après un an que dans le groupe d'adolescents belges de référence.

Comparaison de la qualité de vie entre adolescents primo-arrivants aux T1 et T2 et adolescents belges



DISCUSSION

Dans l'état actuel des connaissances sur la santé mentale des adolescents récemment immigrés, notre étude est intéressante sur deux plans. Tout d'abord, à travers la mesure de qualité de vie utilisée, elle apporte des données concernant les dimensions à la fois mentale et sociale de la santé des jeunes immigrés en Belgique. Ensuite, par son caractère prospectif, elle compare des mêmes sujets à deux moments distincts.

Cette étude prospective montre que plus de la moitié des adolescents primo-arrivants présents dans les écoles lors de la première enquête ont été perdus de vue la deuxième année. Schiff, qui a étudié le parcours scolaire de jeunes primo-arrivants en France [20-22], affirme qu'« en dépit de leurs dispositions positives à l'égard de l'école, l'obstacle de la langue ou les lacunes résultant d'une scolarité primaire parfois défailante conduisent bon nombre de primo-migrants à rejoindre des classes adaptées (éducation spécialisée, classes technologiques,...) ou à sortir rapidement du système pour entrer dans la vie active ». Nous ne disposons pas de données concernant les élèves perdus de vue lors de la deuxième enquête menée dans le cadre de cette étude.

La qualité de vie des adolescents rencontrés lors de la deuxième enquête est globalement diminuée la deuxième année de l'arrivée en Belgique. En particulier :

- Les dimensions « bien-être psychologique » et « énergie-optimisme », mesurant la santé psychologique, diminuent de manière significative.

Comme nous en avons fait l'hypothèse lors de la première année en observant une diminution de la QV selon le temps écoulé depuis l'arrivée à Bruxelles (moins de 3 mois, 3 à 6 mois ou plus de 6 mois) [18], les adolescents primo-arrivants en Belgique passeraient successivement par les étapes d'adaptation à une nouvelle culture identifiées par Massé [11] : une étape d'euphorie à l'arrivée, suivie d'une crise en lien avec les différents obstacles auxquels les élèves doivent faire face durant les premiers mois (le bilinguisme, le biculturalisme, l'isolement social,...). Comment dès lors les

aider à dépasser cette étape de crise et à tendre vers une meilleure adaptation psychologique ? Les travaux portant sur la résilience et le renforcement des compétences peuvent éclairer cet aspect [1], mais les recherches concernant ce public particulier font défaut.

- La dimension « école » diminue de manière significative, révélant une dégradation de la satisfaction et du bien-être subjectifs à l'école.
Schiff a observé qu'une fois sortis du cocon protecteur des classes d'accueil (dans lesquelles les élèves ne restent généralement pas plus d'un an), les jeunes se retrouvaient davantage évalués en fonction de leur écart à une norme qu'en fonction de la progression accomplie depuis leur arrivée [21]. Lorsque la faiblesse des résultats est due, non pas à une absence de travail ou à une scolarité antérieure défailante, mais à l'apprentissage d'une langue nouvelle, cela peut provoquer chez eux un profond sentiment de découragement. Cette hypothèse nécessiterait une étude approfondie auprès de notre échantillon. Elle amène par ailleurs à s'interroger sur les réponses institutionnelles aux besoins de ces élèves.
- La dimension « parents » diminue, tandis que la dimension « loisirs » augmente de manière significative. Ces résultats sont probablement à mettre en lien avec le risque de fragmentation culturelle auxquels sont confrontés les adolescents, entre la vie scolaire qui se situe dans la culture nouvelle, et la vie domestique à la maison. Les jeunes vivent des remaniements familiaux secondaires aux nouvelles conditions de vie : selon Marcelli [10], l'enfant de migrant devient le médiateur, l'intercesseur auprès de la culture d'accueil. On assiste à une sorte d'inversion des rôles parents-enfants qui n'est pas sans poser de problèmes à l'âge adolescent.

Notre étude montre que les scores aux dimensions « amitiés » et « bien-être psychologique » la première année sont les seuls prédicteurs indépendants significatifs de la qualité de vie globale la deuxième année. Sur le plan pratique, ces résultats mettent en évidence la nécessité d'une évaluation précoce de la santé mentale des adolescents récemment immigrés et de sa ré-évaluation dans le temps. Ils soulignent l'importance de repérer précocement les jeunes en difficulté ou en souffrance, grâce à des outils adaptés tels que des questionnaires traduits dans la langue des familles, et de mettre en place des programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire. Un accompagnement psychosocial renforcé de ces jeunes lors de l'arrivée en Belgique pourrait contribuer à la prévention du mal-être possible.

En comparaison aux adolescents belges, les adolescents de notre échantillon montrent, à leur arrivée en Belgique, des scores de QV supérieurs pour la dimension « bien-être psychologique », mais ces résultats rejoignent ceux des adolescents belges la deuxième année. Ces résultats ne sont pas compensés par l'augmentation des dimensions « amitiés » et « loisirs » puisque la qualité de vie globale (score VSP-A) est significativement inférieure chez les adolescents primo-arrivants au T2. Les scores de la dimension psychologique au T2 montrent des résultats similaires à ceux de l'étude de Jasinskaja [8] qui, comparant l'adaptation psychologique d'adolescents immigrants russophones vivant en Finlande depuis une moyenne de 2,5 ans aux adolescents finlandais, a observé que la prévalence de symptômes de stress psychologique et l'estime de soi ne différait pas significativement entre les deux groupes.

L'étude présente un certain nombre de limites. Outre des limites d'ordre méthodologique mentionnés précédemment (taille d'échantillon restreint, étude non exhaustive, non validation des questionnaires traduits) [18], il faut souligner que nous

possédons peu de données socio-économiques, démographiques et culturelles au sujet des adolescents, variables qui permettraient probablement une interprétation plus nuancée des résultats [9]. De plus, pour être utiles sur le plan de la pratique individualisée auprès des jeunes, ces résultats mériteraient une lecture individuelle. En effet, les enquêtes menées en milieu scolaire sont utiles pour planifier des programmes éducatifs, à un niveau collectif, mais la généralisation de l'utilisation d'un questionnaire de QV à un niveau individuel serait précieuse en prévention primaire pour identifier les besoins des jeunes à la consultation de médecine scolaire et donner l'occasion de faire une réelle éducation pour la santé et une réelle prévention sur le terrain. Cette perspective est actuellement à l'étude sur le terrain.

REFERENCES

- [1] Anaut M. La résilience: surmonter les traumatismes. Saint-Germain-du-Puy : Nathan Université ; 2003.
- [2] Blake SM, Ledsky R, Goodenow C, O'Donnell L. Recency of immigration, substance use, and sexual behaviour among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 2001 ; 91 : 794-8.
- [3] Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, McKeown RE, Waller JL. The CES-D as a screen for depression and other psychiatric disorders in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 : 636-41.
- [4] Harker K. Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Forces* 2001 ; 79 : 969-1004.
- [5] Harris KM. The health status and risk behaviour of adolescents in immigrant families. In Hernandez D (Ed.), *Children of immigrants : health, adjustment and public assistance*. Washington, DC : National Academy Press, 1999 : 286-347.
- [6] Huebner ES, Valois RF, Suldo SM, Smith LC, McKnight CG, Seligson JL, Zullig KJ. Perceived quality of life: a neglected component of adolescent health assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004 ; 34 : 270-8.
- [7] Hyman I. Immigration and Health. Health Policy Working Paper Series. Working paper 01-05. Ottawa, ON : Health Canada, September 2001. Online at <http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html>.
- [8] Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K. Perceived discrimination and psychological adjustment among Russian-speaking immigrant adolescents in Finland. *Int J Psychol* 2001 ; 36(3) : 174-85.
- [9] Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. Paris : éd. Estem ; 2001.
- [10] Marcelli D. L'enfant migrant. In : Marcelli D. *Enfance et psychopathologie*. Paris : Mason éd. Coll. « Abrégés » ; 1996. p.483-9.
- [11] Massé R. Culture et Santé publique. Ed. Gaëtan Morin, Montréal, 1995, 499p.
- [12] Mendoza FS, Dixon LB. The health and nutritional status of immigrant Hispanic children : analyses of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. In Hernandez D (Ed.), *Children of immigrants : health, adjustment and public assistance* (pp 187-243). Washington, DC : National Academy Press, 1999.
- [13] Moro MR. L'adolescent de famille migrante. In : Ferrari P, Epelbaum C. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1993. p.430-5.
- [14] Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004 ; 45 : 131-44.
- [15] Péchevis M. Les enfants de migrants. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Masson ; 1995. p.2281-301.
- [16] Phinney JS, Ong AD. Adolescent-parent disagreements and life satisfaction in families from Vietnamese- and European- American backgrounds. *International Journal of Behaviour Development* 2002 ; 26(6): 556-61.
- [17] Renard F, Delpire S, Deccache A. Evaluer la santé des adolescents en médecine scolaire : la qualité de vie comme complément aux indicateurs cliniques. *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 1438-44.
- [18] Renard F, Martin E, Cueva C, Deccache A. Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire. *Arch Pédiatr* 2005 (à paraître).

- [19] Rezvania P. Impact des troubles psychologiques maternels sur l'estime de soi des adolescents dans un contexte d'immigration (étude comparative des familles iraniennes en Suède et en Iran). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004 ; 52 : 37-43.
- [20] Schiff C. Les adolescents primo-arrivants au collège : les contradictions de l'intégration dans un univers en tension. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, n°125, 2001.
- [21] Schiff C. Les élèves nouveaux arrivants : obstacles linguistiques et motivation scolaire. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, hors série n°3, 2001.
- [22] Schiff C. Les jeunes primo-migrants : un rapport à la société distinct de celui des minorités ethniques. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, n°131, 2002.
- [23] Simeoni MC, Sapin C, Antoniotti S, Auquier P. Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health. *J Adolesc Health* 2001; 28 : 288-94.
- [24] Tousignant M, Habimana E, Biron C, Malo C, Sidoli-Leblanc E, Bendris N. The Quebec adolescent refugee project : psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1999 ; 38 : 1-7.
- [25] Virta E, Sam DL, Westin C. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden : a comparative study of their psychological adaptation. *Scand J Psychol* 2004 ; 45 : 15-25.

5. IMPLANTATION D'UN NOUVEAU MODELE DE CONSULTATION MEDICALE SCOLAIRE

Les adolescents fréquentant l'un des deux services de médecine scolaire ont bénéficié d'une intervention différente du modèle de la consultation médicale scolaire classique (voir le tableau). Celle-ci consistait en un *bilan de santé adapté* selon les besoins mis en évidence par le questionnaire, incluant un entretien et un examen clinique, suivi d'une *concertation* avec les intervenants psycho-médico-sociaux de l'équipe de médecine scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social).

	Intervention classique	Intervention pilote
Modèle de santé	Bio-médical	Bio-psycho-social
Indicateurs	Poids, taille, vue, audition, vaccins, tuberculose	+ santé perçue, comportements, préoccupations, ressources, qualité de vie
Outils	Questionnaire aux parents, en français	+ Questionnaire aux adolescents, traduits
Bilan de santé	Biométrie + examen clinique systématique	Biométrie + entretien + examen clinique orienté
Suivi	Si un problème de santé est dépisté	Chez tous les élèves Concertation avec l'équipe PMS

L'utilisation du questionnaire auto-administré traduit dans la langue maternelle des jeunes a permis d'identifier leurs besoins individuels et leurs préoccupations et de mettre en place un modèle de consultation répondant à ces besoins. En effet le questionnaire sert de guide d'entretien lors du bilan de santé et permet dès lors de concevoir celui-ci autrement qu'un simple dépistage somatique d'anomalies physiques.

Ce bilan de santé adapté a permis d'investiguer et de répondre aux préoccupations des adolescents, de les écouter, les informer, de répondre directement à leurs besoins par des informations et des conseils de prévention, ou indirectement en les adressant à la permanence de l'infirmière de l'école ou en les référant à un spécialiste.

Une concertation entre tous les intervenants psycho-médico-sociaux (médecin, infirmière, psychologue, assistant social) a permis l'échange d'informations concernant chaque adolescent (santé et qualité de vie) et la prise de décision conjointe concernant la réponse médicale ou psycho-sociale apportée aux problèmes dépistés.

Une évaluation de la santé et de la qualité de vie des adolescents après un an selon le type d'intervention est prévue.

6. RAPPORT SUR LA SANTE PHYSIQUE DES ENFANTS PRIMO-ARRIVANTS

F.Renard, E.Martin, D.Abeloos

Introduction

En Communauté française de Belgique, les enfants et les adolescents scolarisés, qu'ils soient dans une « classe-passerelle »⁶ ou non, rencontrent l'équipe médicale scolaire lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée par le service de Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE).

Lors du bilan de santé, la communication avec ces élèves qui ne maîtrisent pas encore le français n'est pas facile pour le médecin et l'infirmière. Les informations fournies dans les questionnaires remplis par les parents sont souvent manquantes. Le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas tous les aspects de leur santé, et par là de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace. Ces enfants et adolescents subissent le même bilan de santé que leurs pairs belges (examens bio-métrique et clinique, évaluation de l'état vaccinal), mais ils subissent également un dépistage de la tuberculose, la prévalence de cette maladie dans les pays d'origine de la majorité des familles migrantes étant supérieure à celle de la population belge⁷.

Nous disposons de peu de données concernant l'état de santé physique des enfants primo-arrivants rencontrés dans le cadre de la médecine scolaire.

Une étude quantitative concernant 117 enfants de 3 à 12 ans a permis de recueillir des données de poids et taille des enfants, les résultats des tests de la vue et de l'audition, le statut vaccinal et les résultats du test de dépistage de la tuberculose, à travers les dossiers médicaux. Une étude qualitative par entretiens a également été menée auprès de 21 familles, pour comprendre les représentations qu'ont les parents de la santé de leur enfant et l'accès aux soins des familles.

Etude quantitative

- Caractéristiques de l'échantillon

	N (%)
Sexe	
- Masculin	65 (56)
- Féminin	52 (44)
Âge	
- 3-6 ans (école maternelle)	48 (41)
- 6-12 ans (école primaire)	69 (59)

⁶ Par le décret du 14 juin 2001, une structure d'enseignement adaptée a été mise en place pour les élèves primo-arrivants étant amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en CFB alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française : il s'agit des « classes-passerelles » (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française). La classe-passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale des élèves primo-arrivants dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21 en CFB.

⁷ La FARES (Fonds des Affections Respiratoires asbl) en 2004 donnait un chiffre de l'ordre de 30 fois plus de tuberculose chez les demandeurs d'asile que dans la population belge.

Durée de séjour en Belgique	
- 1 à 3 mois	15 (13)
- 4 à 6 mois	31 (26)
- 7 à 12 mois	27 (23)
- 13 à 24 mois	25 (21)
- > 25 mois	19 (16)
Nationalité	
- Marocaine	13 (11)
- Latino-américaine	14 (12)
- Europe de l'Est	33 (28)
- Turque	11 (9)
- Africaine*	32 (27)
- Moyen-Orient	4 (4)
- Non connue	10 (9)
Total	117

* Afrique noire

- Données du questionnaire administré aux parents

Avant le bilan de santé scolaire, les services PSE adressent généralement aux parents un questionnaire portant sur la santé de leurs enfants à tous les parents. Ce questionnaire permet de recueillir des données relatives aux antécédents médicaux des enfants, des données socio-démographiques et d'éventuelles préoccupations des parents concernant la santé de leur enfant. Ce questionnaire est administré en français.

Seuls 57 sur 114 de ces questionnaires (50%) ont été remplis par les parents des enfants primo-arrivants. La principale raison de ce faible taux de réponse semble liée au fait que la plupart des parents ne parlent pas du tout le français. Mais les intervenants de santé scolaire (médecin, infirmière) peuvent également observer une réticence de certains parents à remplir le questionnaire alors même que la langue de la famille est le français : c'est le cas par exemple d'un père rwandais présent en Belgique depuis longtemps, qui jugeait les questions posées trop intrusives.

Problèmes de santé des enfants

Un antécédent d'asthme ou d'allergie est signalé dans 5% des cas et un antécédent de maladie ayant nécessité une hospitalisation (opération cardiaque, rénale ou problèmes neuro-moteurs liés à l'accouchement) est signalé dans 4% des cas.

En ce qui concerne les allergies, il est probable que l'habitat insalubre soit souvent en cause (des plaques de moisissures étaient présentes sur les murs dans 5 des 21 habitations visitées dans le cadre de l'étude qualitative menée par entretiens auprès de parents). Bien souvent les familles cherchent à déménager, mais pour certaines familles cette démarche est très difficile. Les problèmes de chauffage sont récurrents pendant l'hiver. Plusieurs familles n'ont pas de chauffage et se contentent d'allumer de temps en temps un chauffage électrique d'appoint. Les enfants peuvent présenter dans ces familles des bronchites chroniques qui font naître les angoisses chez les parents pour la santé de leurs enfants.

Chez les 57 enfant primo-arrivants dont les parents ont rempli le questionnaire, il est signalé pour 30 d'entre eux (53%) au moins un problème de santé, sur un listing reprenant 13 items : maux de tête, maux de ventre, fatigue, problèmes d'alimentation, vomissements, bronchites répétées, troubles du langage, manque de concentration, cauchemars et troubles du sommeil, énurésie, tristesse, anxiété, agitation.

- Données du dossier médical

9% des enfants étaient absents à la visite médicale.

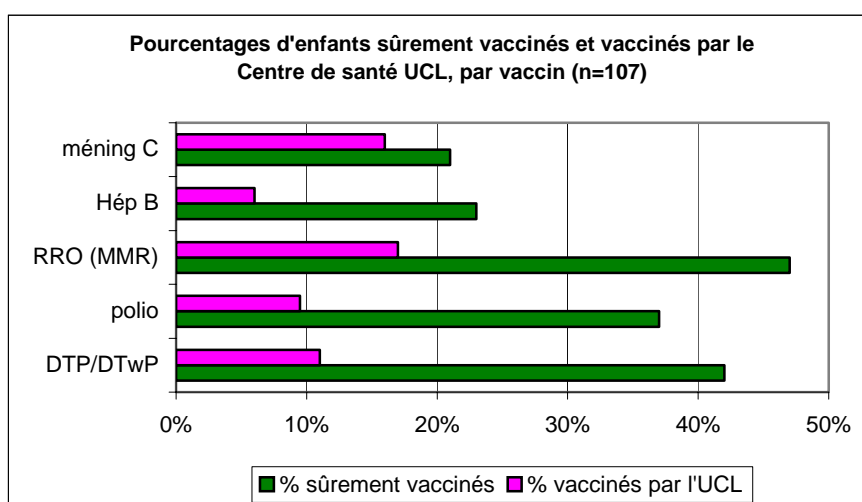
Statut pondéral

83% des enfants ont un indice de masse corporelle normal⁸, 13,5% sont en surcharge pondérale et 3,5% sont obèses, selon les bornes internationales fixées par sexe et par âge.

Statut vaccinal

Les programmes de vaccinations varient de pays en pays. Lors des visites médicales, les données de vaccination ont été transmises par les parents dans 47% des cas : soit au moyen du carnet de vaccination, d'une photocopie de celui-ci ou du recopiage des dates. Notons que lorsque les données n'ont pas été transmises, cela ne signifie pas nécessairement que les enfants ne sont pas vaccinés.

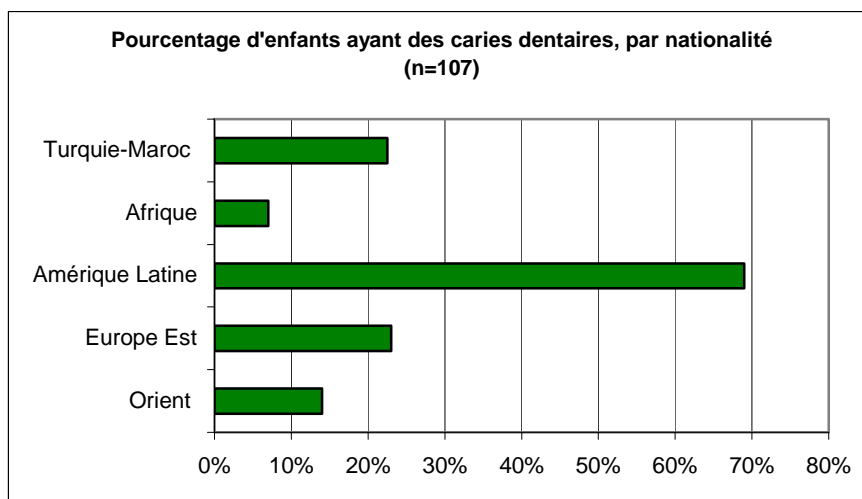
Le graphique suivant présente les pourcentages d'enfants sûrement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP), contre la poliomyélite, contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO), l'hépatite B et la méningite C, et parmi ceux-là, le pourcentage de vaccins effectués par le service PSE de l'UCL :



Caries dentaires

Les caries, d'après les données du dossier médical, concernent un nombre élevé d'enfants primo-arrivants et le pourcentage augmente avec l'âge. Mais les caries concernent davantage certaines nationalités d'enfants primo-arrivants que d'autres. Le graphique suivant présente la répartition par nationalités :

⁸ Indice de Masse Corporelle ou IMC = Poids/Taille²



Il est intéressant de faire la comparaison avec les travaux de De Spiegelaere (De Spiegelaere 1998) au sujet des caries. La prévalence des caries dentaires selon elle est en moyenne de 24% mais elle augmente lorsque le statut social diminue. Le groupe social le plus défavorisé de son échantillon avait une prévalence de 33% (équivalente à celle de notre échantillon de primo-arrivants de 4-6^{ème} primaire), tandis que dans les quartiers aisés, la prévalence était de 9%. Elle signalait également que les enfants immigrés avaient une prévalence plus élevée que les enfants belges (32% versus 11%) et que parmi les enfants immigrés, les enfants originaires du Maghreb présentaient la prévalence la plus élevée (37%) et les enfants d'Afrique Noire la plus faible (15%).

Troubles de la vue et de l'audition

Sur 114 enfants primo-arrivants, il a été dépisté chez 23 d'entre eux (20%) un problème de santé nécessitant la consultation d'un spécialiste. Ces problèmes de santé sont généralement des problèmes de vue (n=17) et d'audition (n=3). Il a d'autre part été dépisté un problème de puberté précoce, un souffle cardiaque et une glande thyroïdienne augmentée. Les problèmes de vue et d'audition sont plus fréquents chez les enfants primo-arrivants que chez les enfants belges (11,7% de ces derniers présentent soit un problème de vue, soit un problème d'audition).

Lors d'un premier appel téléphonique adressé par l'infirmière scolaire aux parents, à propos des suites données aux recommandations faites par le médecin à l'issue du bilan de santé, seuls 3 enfants sur 17 étaient allés consulter un ophtalmologue. Lors d'un deuxième appel téléphonique, 8 enfants avaient consulté un spécialiste. La langue est un problème important de suivi téléphonique. De plus, les parents ont bien souvent des difficultés financières et/ou de mutuelle pour l'acquisition de lunettes. L'aide médicale urgente ne rembourse pas des lunettes aux enfants illégaux. Enfin, certains parents ont parfois le sentiment que tout a été pris en charge par le service PSE.

Dépistage de la tuberculose

En Communauté française de Belgique, il est prévu que les enfants primo-arrivants de moins de 5 ans bénéficient d'un test cutané de dépistage de la tuberculose au cours de la première année de leur arrivée en Belgique, tandis que les enfants de plus de 5 ans passent une radiographie de thorax dans un centre de dépistage spécialisé.

Dans les classes maternelles, sur 48 enfants seules 16 intradermoréactions à la tuberculine ont été effectuées (33%). Concernant les radiographies de thorax prévues dans un centre spécialisé pour les enfants de plus de 5 ans, 20 enfants des classes primaires sur 69 ont fait

une radiographie (28%). Sur l'année scolaire 2003-2004 il y a eu un cas de tuberculose avérée parmi les élèves primo-arrivants. Le taux de dépistage est insuffisant lorsque l'on sait que la prévalence de la tuberculose chez les demandeurs d'asile était 30 fois plus élevée en 2003 que dans la population belge et que durant l'année 2004 deux institutrices ont été contaminées par la tuberculose d'un de leurs élèves.

Etude qualitative

- Caractéristiques de l'échantillon

	N (%)
Motif de migration	
- économique	6 (29)
- réfugiés	11 (52)
- diplomate	1 (5)
- santé	3 (14)
Niveau d'études des parents	
- analphabètes	3 (14)
- primaire	1 (5)
- secondaire	12 (57)
- universitaire	5 (24)
Structure parentale	
- mariés	9 (43)
- divorcés	2 (10)
- mère célibataire/seule	7 (33)
- père célibataire/seul	2 (10)
- grands-parents	1 (5)
Nombre d'enfants au foyer	
- 1	3 (14)
- 2 ou 3	13 (62)
- 4 à 6	5 (24)
Total	21

Dans presque chacune des familles africaines, après les retrouvailles du père avec le reste de sa famille arrivé en 2003, un enfant est né en Belgique. D'autre part 3 mères célibataires sur 4 de l'échantillon ont également eu un bébé depuis l'année passée. Il y a eu en tout 9 nouveaux-nés sur 21 familles pour l'année 2004.

- Données recueillies lors des entretiens

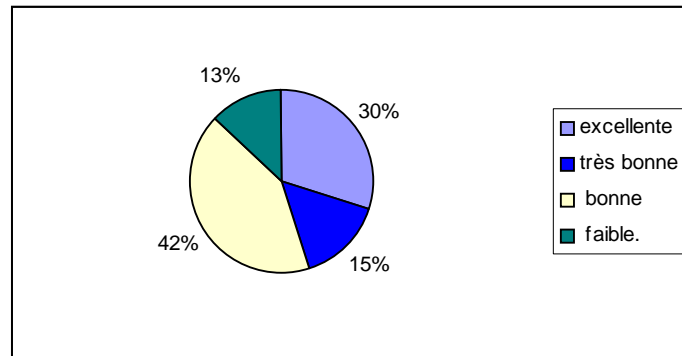
Problèmes de santé des enfants

Sur base d'un entretien en face à face avec 21 familles venant de pays en guerre, les problèmes de comportement de l'enfant exprimés par les parents sont présents dans 9 familles (42%) qui sont toutes des familles de réfugiés dont les parents ont vécu la persécution ou la torture.

Certains symptômes, qui peuvent avoir une origine psychosomatique, sont très fréquents dans ces familles : les maux de tête sont les plus fréquents (50%) – et pour certaines familles, ils atteignent même tous les enfants et adolescents de la fratrie -, ensuite les maux d'estomac (35%), l'hypertension (21%), la dépression (20%).

Perception par les parents de la santé de leur enfant

Lors des entretiens avec les familles, il a été demandé aux parents de qualifier la santé de leur enfant.



En général, les parents ont une bonne ou très bonne représentation de la santé de leurs enfants. Pour la préserver, ils disent « bien alimenter leur enfant » et surtout « bien le couvrir ». Il est à remarquer, que lorsque les parents répondent en disant que la santé de leur enfant est bonne, il arrive souvent que ces enfants aient tout de même quelques problèmes de santé (maux de tête, fatigue, etc.), mais ces problèmes ne sont pas considérés par les parents comme majeurs. Lorsqu'elle est qualifiée de faible cela correspond à une maladie grave ou chronique chez leur enfant.

Accès aux services de santé

La plupart des 21 familles (70%) ont recours à l'hôpital lors d'un problème de santé. Une proportion moins importante ont un médecin généraliste de famille (55%). 35% des familles ont été chez le dentiste et 35% ont consulté un spécialiste pour un problème de santé familial. La littérature mentionne comme facteur de difficulté d'accès aux services de santé l'« incongruence culturelle » à laquelle sont confrontés de nombreux immigrants, qui peut les dissuader d'utiliser des services, en particulier ceux qui sont considérés comme superflus (p.ex., les services de dépistage préventif et de santé mentale). Les croyances propres à une culture au sujet de la maladie mentale et des problèmes émotionnels peuvent entraver l'accès au traitement et influencer négativement sur l'évolution et l'issue de la maladie. La préférence pour la « congruence culturelle », à savoir le recours à des fournisseurs de soins de la même ethnie, et le choix de thérapeutes en médecine parallèle, notamment les chefs religieux et les guérisseurs, sont d'autres déterminants de l'utilisation des services recensés dans les recherches (Acevedo 2000). Nous observons que cela dépend de l'origine des familles primo-arrivantes. Dans notre échantillon composé d'africains et d'orientaux, il n'y avait pas particulièrement le choix d'un médecin de leur culture, la norme étant plutôt le choix de l'hôpital. Les parents polonais par contre mentionnent en général dans les anamnèses un médecin de famille polonais.

7. CONCLUSIONS

A travers notre recherche documentaire, nous avons pu observer que les études concernant la santé des adolescents récemment immigrés étaient rares. Nous avons dès lors investigué la santé des adolescents de première génération (les adolescents nés à l'étranger, ayant migré dans un pays d'accueil). Dans les études, cette population est généralement comparée à d'autres groupes d'adolescents. Les résultats ont montré que :

- les adolescents de première génération présentent un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger)
- les recherches sont insuffisantes concernant la santé mentale des jeunes de première génération, et leurs résultats sont parfois contradictoires
- bien que les études longitudinales soient rares, on observe une détérioration de la santé physique et des comportements de santé des jeunes de première génération avec la durée de séjour dans le pays d'accueil.

Etant donné le peu d'études concernant la santé des adolescents récemment immigrés, l'insuffisance des recherches concernant la santé mentale, et la dégradation de certains aspects de la santé avec la durée de séjour dans le pays d'accueil des adolescents G1, nous avons mené une enquête en milieu scolaire, évaluant la santé et la QV des jeunes à leur arrivée, puis un an plus tard. Un questionnaire de santé et de QV a été développé, incluant des items relatifs à la santé perçue, aux comportements et préoccupations de santé, aux ressources médicales et sociales, ainsi qu'une échelle de mesure de la QV comprenant 6 dimensions (). Il a été traduit dans plusieurs langues et administré aux adolescents avant le bilan de santé. Les résultats ont montré que :

- les adolescents primo-arrivants étaient en très bonne santé physique, selon les indicateurs généralement utilisés en médecine scolaire (BMI, vue, audition)
- leur QV diminuait avec le temps depuis leur arrivée en Belgique
- le score global de QV à l'arrivée était significativement inférieur chez les adolescents n'ayant pas de soutien social
- les préoccupations de santé des adolescents étaient nombreuses et de nature tant physique que psycho-sociale ou psycho-somatique
- l'avenir est une préoccupation de santé pour près de la moitié des adolescents la première année de leur arrivée
- plus de la moitié des adolescents étaient perdus de vue dans les écoles la deuxième année

Pour la pratique quotidienne auprès des jeunes dans le cadre des bilans de santé scolaire, cette étude a mis en évidence la nécessité d'une approche spécifique de la santé des adolescents récemment immigrés, et la contribution que peut avoir la médecine scolaire dans l'identification de leurs besoins de santé physiques, psychologiques et sociaux et dans la réponse préventive apportée. En particulier, nous avons pu identifier trois rôles pour les services de santé scolaire :

1. Le dépistage : outre les mesures de santé biométriques (poids, taille, vue, audition, caries dentaires...), l'examen clinique, l'examen de la carte de vaccinations et le dépistage systématique de la tuberculose (organisé dans un centre bruxellois spécialisé), le bilan de santé doit davantage s'intéresser aux aspects comportementaux et subjectifs de la santé, pour un repérage précoce des adolescents qui nécessiteraient un accompagnement renforcé. Un outil tel que le questionnaire de santé et de qualité de vie traduit dans différentes langues utilisé dans notre étude a montré son utilité pour

évaluer plus justement l'état de santé des adolescents malgré les barrières culturelles. Au terme du bilan de santé, une concertation entre les différents intervenants de la santé scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social ou éducateur) serait utile pour une prise de décision conjointe de suivi médical ou psychosocial des adolescents en difficulté.

2. L'information : grâce au questionnaire qui sert de guide d'entretien lors du bilan de santé, il s'agirait de répondre aux préoccupations de santé identifiées et d'encourager le recours aux structures d'aide disponibles (les permanences infirmières à l'école, les médecins généralistes et les pédiatres, les services de santé mentale pour jeunes ou pour patients migrants, etc.). Une information devrait être donnée sur les modalités d'accès aux soins et de remboursement en Belgique. Des brochures d'information traduites en différentes langues complèteraient utilement ces conseils.
3. L'attention particulière aux adolescents réfugiés et à ceux qui n'ont pas de soutien social (notamment les mineurs étrangers non-accompagnés, appelés « MENA » en CFB) : l'enquête a en effet montré des scores de QV plus faibles chez les 20% d'adolescents n'ayant pas de personne-ressource dans leur entourage.
Un accompagnement psychosocial renforcé de ces enfants lors de l'arrivée en Belgique pourrait contribuer à la prévention du mal-être possible.

Dans un des deux centres où s'est déroulée la recherche, un nouveau modèle de consultation médicale a été mis en place, davantage conçu comme un examen préventif et éducatif que comme un examen de dépistage clinique. Le bilan de santé était adapté selon les besoins mis en évidence par le questionnaire, incluant un entretien et éventuellement un examen clinique orienté. Le bilan était suivi d'une concertation avec les intervenants psycho-médico-sociaux de l'équipe de santé scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social).

Selon ces intervenants, cette démarche novatrice a permis :

- une meilleure connaissance des adolescents primo-arrivants et de leurs difficultés
- une meilleure réponse à leurs besoins
- une motivation et une valorisation du travail importantes
- une amélioration des relations partenariales avec les structures externes d'aide médicale et sociale

Notons que la dégradation de la QV des adolescents après un an était moindre dans ce groupe d'adolescents que dans le groupe ne bénéficiant pas de ce nouveau modèle⁹.

Deux types d'actions sont prévues pour améliorer le rôle des services de santé scolaire vis-à-vis des adolescents primo-arrivants dès leur arrivée en Belgique :

1. un programme de promotion de la santé mentale en milieu scolaire, basé sur le concept de résilience
2. une diffusion de l'expérience et des outils de dépistage et de prévention à d'autres centres de santé scolaire

⁹ Une analyse plus précise des résultats est prévue.