



Immigration et santé des adolescents

F. RENARD
D. DOUMONT

***En collaboration et pour les services de Promotion de la Santé à l'école (PSE)
et dans le cadre du projet UNISOL (Universités Solidaires)
soutenu par l'U.C .L et la Fondation Houtman d'aide à l'enfance.***

Octobre 2004
Réf. : 04-30

Série de dossiers techniques



Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	2
2. Définitions	2
3. Objectifs de la revue de littérature	3
4. Méthodologie	4
5. Caractéristiques des études sélectionnées	5
6. Santé physique et comportements de santé des adolescents	7
7. Santé mentale	13
8. Santé sociale	17
9. Santé globale	18
10. Santé des adolescents immigrants de première génération selon la durée de séjour dans le pays d'accueil	19
11. Conclusion	21
12. Bibliographie	22

Immigration et santé des adolescents

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'Ecole (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 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.

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

¹ L'analyse des publications a été réalisée par F.Renard et D.Doumont.

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.

- o 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 Sciencedirect, 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>85th (% of sample)	BMI>95th (% of sample)	TV & video (h/wk)	Games (h/wk)	M-V PA (bouts/wk)	Low PA (bouts/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 ≥ 2x/day	72.1*	57.0	88.3*	51.0	60.6	55.8
Vegetables ≥ 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 ≥ 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 emotional 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 violence	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 élevés 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.

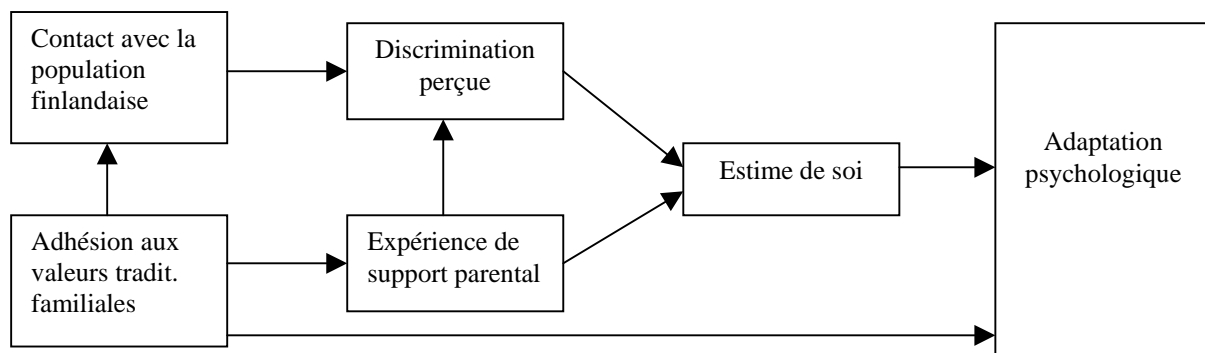
Trois autres des études identifiées font partie du projet international ICSEY (International Comparative Studies of Ethnocultural Youth), qui a pour objet l'étude de l'adaptation et de l'intégration des jeunes migrants de deuxième génération à la société hôte. Plus spécifiquement, les recherches portent sur la santé mentale, l'estime de soi, l'adaptation et réussite scolaire. 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 tracasseries quotidiennes relatives à l'école, aux parents, aux amis ou d'autres tracasseries. 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'apparaît 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 (au Canada) provenant de 35 pays. 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 qu'auprès 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 une 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.

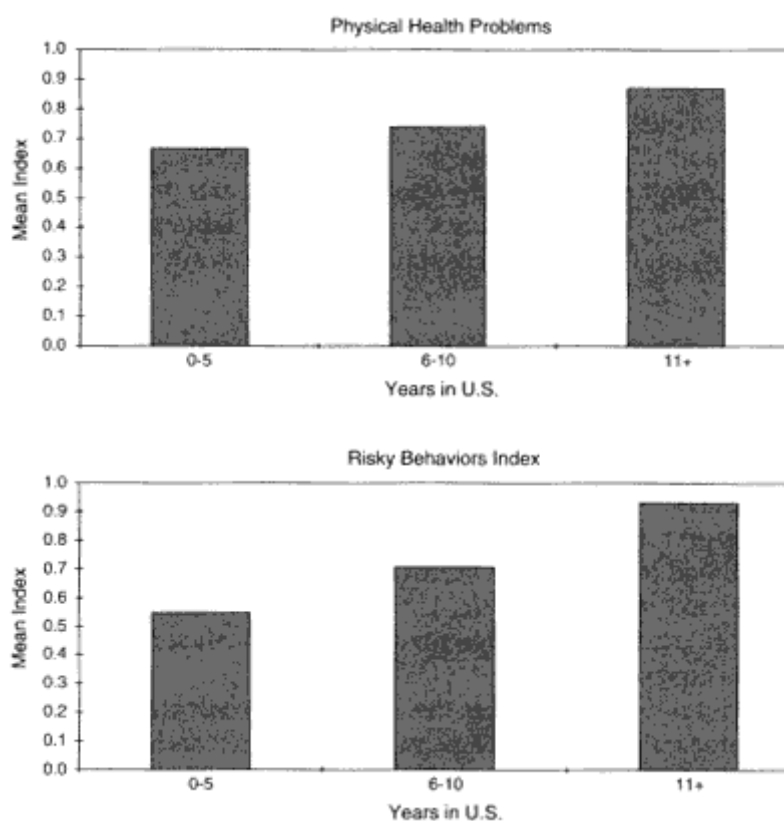
Les résultats ont montré des adolescents en bonne santé physique, mais on observe une dégradation de la qualité de vie selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique. La QV est significativement inférieure chez les adolescents n'ayant pas de soutien social : 48,0 (DS=13,5) contre 60,6 (DS=11,1) chez 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 basé 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				
2. dans la vie	36%	47	58	0,001
3. < 1 an	29	39	51	0,001
4. < 1 mois	21	25	33	0,001
Consommation de marijuana				
5. dans la vie	19	27	34	0,001
6. < 1 an	15	23	30	0,001
7. < 1 mois	11	17	21	0,003
Consommation d'autres drogues				
8. dans la vie	13	10	14	NS
9. < 1 an	8	8	11	NS
10. < 1 mois	10	6	8	NS
Relations sexuelles				
11. dans la vie	29	36	32	NS
12. < 1 an	22	30	27	NS
13. < 1 mois	18	19	19	NS

Enfin, Renard et al. (2004) observent une dégradation de la qualité de vie des adolescents primo-arrivants à Bruxelles avec le temps écoulé depuis l'arrivée dans le pays, quelles que soient les dimensions :

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.

12. 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/iacbd-giac/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.