

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Déterminants de non-proposition de vaccination aux adolescents par les médecins généralistes français en 2025 : une étude qualitative // Factors influencing French general practitioners' decision not to offer vaccination to adolescents in 2025: A qualitative study.....p. 218

**Daniel Lévy-Bruhl et coll.**  
Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Incidence et profil des cancers à Wallis-et-Futuna, 2020-2024 // Incidence and profile of cancers in Wallis-and-Futuna, France, 2020-2024 .....p. 239

**Clément Couteaux et coll.**  
Agence de santé de Wallis-et-Futuna, Mata'Utu, Wallis-et-Futuna

ARTICLE // Article

La santé mentale des jeunes exilés : vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les patients suivis au Comede entre 2015 et 2025 // Mental health of young refugees: Social vulnerability and mental health problems among patients treated at Comede in France between 2015 and 2025.....p. 230

**Mathilde Petit et coll.**  
Comité pour la santé des exilés (Comede), Le Kremlin-Bicêtre



La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

**Directeur de la publication :** Yann Le Strat, directeur scientifique de Santé publique France  
**Directrice de la rédaction :** Yasmina Ouharzoune  
**Rédactrice en chef :** Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, [redaction@santepubliquefrance.fr](mailto:redaction@santepubliquefrance.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe :** Frédérique Biton-Debernard  
**Secrétaire de rédaction :** Jessy Mercier  
**Comité de rédaction :** Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénéat, Santé publique France -Auvergne-Rhône-Alpes (en disponibilité) ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Olivier De Jardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Eklat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, HCSP ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Valérie Olié, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Ile-de-France ; Marie-Pierre Tivolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre ; Isabelle Villena, CHU Reims.  
**Santé publique France** - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>  
**Préresse :** Luminess  
**ISSN :** 1953-8030

## DÉTERMINANTS DE NON-PROPOSITION DE VACCINATION AUX ADOLESCENTS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANÇAIS EN 2025 : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

// FACTORS INFLUENCING FRENCH GENERAL PRACTITIONERS' DECISION NOT TO OFFER VACCINATION TO ADOLESCENTS IN 2025: A QUALITATIVE STUDY

Daniel Lévy-Bruhl<sup>1</sup> (d.levybruhl@wanadoo.fr), Christophe Perrey<sup>1</sup>, Nathalie Thilly<sup>2</sup>, Guillaume Caline<sup>3</sup>, Oriane Nassany<sup>1</sup>, Laure Salvaing<sup>3</sup>, Pierre Verger<sup>4</sup>, Sandrine Randriamampianina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Santé publique France, Saint-Maurice

<sup>2</sup> Université de Lorraine, Inserm, Inspire, CHRU-Nancy, Département méthodologie, promotion, investigation, Nancy

<sup>3</sup> Société Verian, Paris

<sup>4</sup> Observatoire régional de la santé, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille

Soumis le 29.12.2025 // Date of submission: 12.29.2025

### Résumé // Abstract

La couverture vaccinale des adolescents en France est insuffisante, qu'il s'agisse des rattrapages des vaccins de l'enfance ou des vaccinations recommandées dans cette tranche d'âge. Une étude qualitative, reposant sur des entretiens individuels semi-directifs, a été menée auprès d'un échantillon de 30 médecins généralistes de l'Hexagone ayant une patientèle d'adolescents, afin de comprendre les freins à la proposition vaccinale dans cette tranche d'âge et d'identifier des pistes d'amélioration. Les résultats suggèrent que la couverture vaccinale insuffisante des adolescents est rarement due à un manque d'adhésion à la vaccination dans cette tranche d'âge, de la part des médecins. Elle semble plutôt refléter des freins contextuels telle que la difficulté d'intégrer ce sujet dans les rares consultations des adolescents, le plus souvent occasionnées par d'autres motifs, les contraintes de temps lors de ces consultations, une certaine hésitation vaccinale des parents et le sentiment chez de nombreux médecins du caractère non urgent de ces vaccins. Cette dernière perception est renforcée par les larges tranches d'âge des recommandations vaccinales chez les adolescents. Enfin le caractère changeant du calendrier vaccinal apparaît parfois comme un frein, en particulier pour l'appropriation de nouvelles vaccinations. À cet égard, l'élaboration de supports plus adaptés aux contraintes de la pratique de la médecine générale permettrait d'aborder plus facilement ce sujet lors des consultations. Une réflexion sur le passage d'une logique de tranches d'âge à celle d'âges fixes pour les recommandations vaccinales pourrait être initiée. Enfin la promotion des consultations de suivi médical de l'adolescent permettrait de disposer d'un moment favorable à la proposition vaccinale par les médecins généralistes.

*Vaccination coverage among adolescents in France is insufficient, whether for catch-up childhood vaccines or vaccinations recommended for this age group. A qualitative study, based on semi-structured individual interviews, was conducted with a sample of 30 general practitioners in mainland France who see adolescent patients, in order to understand the barriers to offering vaccinations to this age group and to identify areas for improvement. The results suggest that insufficient vaccination coverage among adolescents is rarely due to a lack of adherence to vaccination in this age group on the part of physicians. It rather seems to reflect contextual barriers such as the difficulty of integrating this topic into the rare consultations with adolescents, which are most often prompted by other reasons, time constraints during these consultations, a degree of vaccine hesitancy among parents, and the feeling among many physicians that these vaccines are not urgent. This latter perception is reinforced by the wide age ranges in vaccination recommendations for adolescents. Finally, the changing nature of the vaccination schedule sometimes appears as a barrier, particularly regarding the uptake of new vaccinations. In this regard, the development of materials better suited to the constraints of general practice would make it easier to address this topic during consultations. Consideration could be given to shifting from an age-range approach to one based on fixed ages for vaccination recommendations. Finally, promoting existing medical follow-up consultations for adolescents would provide a suitable opportunity for general practitioners to offer vaccinations.*

**Mots-clés :** Vaccination, Adolescent, Médecins généralistes, Étude qualitative

// **Keywords:** Vaccination, Adolescent, General practitioners, Qualitative study

### Introduction

Les couvertures vaccinales en France restent insuffisantes chez les adolescents alors qu'un nombre croissant de vaccins sont inclus pour cette

tranche d'âge dans le calendrier vaccinal, en primo-vaccination ou en rattrapage. Les vaccinations recommandées entre 11 ans et 16 ans incluent depuis de nombreuses années un rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite (dTcaP), la vaccination

contre les papillomavirus (HPV) des jeunes filles, ainsi que les rappages des vaccinations contre l'hépatite B, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les enfants non vaccinés. À ces vaccins, se sont ajoutées en 2020 les vaccinations contre le HPV des garçons et en 2025 contre les méningocoques ACWY pour l'ensemble des adolescents<sup>1</sup>. Seuls 76% des adolescents scolarisés en classe de 3<sup>e</sup> en 2016-2017 avaient reçu les 6 doses de vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite recommandées pour ces enfants et seuls 45% avaient complété la vaccination contre l'hépatite B<sup>2</sup>. Les données de 2023 issues de l'analyse du Datamart de consommation inter-régimes (DCIR) montraient une couverture à 15 ans pour au moins une dose de vaccin contre les HPV de 55% pour les filles et 26% pour les garçons. Pour cette même année, la couverture était, pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans, de 48% pour la vaccination contre le méningocoque C<sup>3</sup>.

Les adolescents sont le plus souvent en bonne santé et consultent peu le médecin. De plus, leurs motifs de consultation peuvent être peu propices à une proposition vaccinale (maladie aiguë, souffrance psychique...). Il n'en reste pas moins que les données disponibles en France sont en faveur d'un déficit d'offre de vaccination de la part des médecins vis-à-vis de cette population. En particulier, une étude menée en 2014 avait montré qu'une proportion importante de médecins généralistes (MG) français ne recommandait pas systématiquement les vaccins du calendrier vaccinal aux adolescents qui les consultaient : selon le vaccin, entre 30% et 50% des médecins interrogés répondaient les recommander « parfois » ou « souvent », entre 4 et 20% répondaient « jamais » et entre 30 et 60% « toujours »<sup>4</sup>. Les raisons de ce déficit d'offre par certains MG français ne sont pas documentées dans la littérature. Cette thématique est d'autant plus importante à explorer que de nombreuses études ont confirmé le rôle clé des professionnels de santé de premier recours pour améliorer l'adhésion et la couverture vaccinale de leur patientèle. Les médecins représentent la source à laquelle la population accorde la plus grande confiance vis-à-vis de l'information concernant la vaccination<sup>5</sup>.

L'objectif de cette étude était d'explorer les motifs de non-application systématique des recommandations du calendrier vaccinal en France et les critères sur lesquels les médecins se basent pour recommander ou pas, lors d'une consultation d'un adolescent, les différents vaccins dudit calendrier. La finalité était d'apporter des informations utiles à l'identification de leviers d'une proposition plus automatique des vaccins du calendrier vaccinal à l'occasion de la consultation d'un adolescent.

## Matériels et méthodes

L'étude a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs, menés selon une méthode qualitative de type inductive par la société Verian, prestataire spécialisé dans la conduite d'études qualitatives<sup>6</sup>.

Ils se sont déroulés en visio-conférence ou en face à face auprès de MG recrutés à travers les panels de Verian et les bases de données publiques de médecins. Les entretiens se sont appuyés sur un guide élaboré par Santé publique France avec la contribution de Verian. Un pré-test du guide d'entretien a été conduit auprès de trois médecins.

Un échantillon initial de 24 MG exerçant dans l'Hexagone, recevant en consultation des adolescents mais ne leur proposant pas systématiquement l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal, a été constitué avec possibilité d'étendre l'échantillon si la saturation des informations n'était pas atteinte.

Les médecins de la population cible ont été sélectionnés à travers deux questions-filtre : seuls les MG répondant « parfois » ou « souvent » aux deux questions : « À quelle fréquence voyez-vous en consultation des enfants âgés entre 11 et 16 ans ? » et « À quelle fréquence proposez-vous les vaccins du calendrier vaccinal aux adolescents que vous voyez en consultation ? » ont été inclus. Les MG ayant répondu « jamais » à l'une ou l'autre des deux questions ont été exclus, l'étude ne portant pas sur le profil très particulier de médecins opposés au principe même de la vaccination. Six entretiens ont également été menés auprès de médecins ayant répondu « toujours » à la seconde question, afin de comparer leurs réponses à celles de l'échantillon principal.

L'échantillonnage a été raisonné afin d'obtenir une diversité des profils : un médecin devait être inclus dans chacune des catégories définies par le croisement de quatre variables : le sexe du médecin, son âge (moins de 50 ans, 50 ans ou plus), son type d'exercice (seul, en cabinet de groupe) et la densité urbaine du lieu d'exercice (rural, semi-urbain, urbain). Sans que cela ne figure comme un critère de stratification, la société Verian a veillé à la diversité géographique des régions d'exercice des répondants.

Les entretiens semi-directifs ont été conduits par deux animatrices de la société Verian, formées aux enquêtes qualitatives. Ils étaient proposés en visio-conférence, avec possibilité d'entretien en face-à-face si le médecin le souhaitait. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio, après accord des participants, suivi d'une retranscription verbatim intégrale. Les médecins participants étaient volontaires pour participer et ont été indemnisés.

Le guide d'entretien proposait de débiter sur quelques questions concernant la vaccination en général (adhésion au calendrier vaccinal, sources d'information, aisance pour aborder le sujet...), puis d'orienter l'entretien sur la perception par le médecin des différents vaccins des adolescents, le déroulement des consultations d'adolescents, la place occupée par la vaccination, les difficultés rencontrées pour aborder le sujet avec les adolescents ou ses parents, la réaction du médecin en cas de réticence, les mesures à même de lui permettre de recommander plus systématiquement les vaccins aux adolescents. La version définitive du guide figure en annexe.

## Analyse des données

Une analyse thématique contextuelle, basée sur un codage de type inductif et illustrée par des verbatim, a été effectuée par les deux animatrices de la société Verian en charge des entretiens<sup>7</sup>.

Elle s'est déroulée en plusieurs étapes : à la suite de chaque entretien, chaque animatrice a consigné son ressenti, incluant des éléments d'appréciation issus de la communication non verbale. Puis, pour chaque entretien, elles ont rédigé une synthèse, à partir d'une trame commune et du codage élaborés en commun par les deux animatrices au vu de l'ensemble des entretiens. Une triangulation des analyses par croisement des retranscriptions des entretiens entre les deux animatrices a été réalisée. L'élaboration commune des conclusions, prenant en compte les éventuelles différences de perception entre les deux animatrices, s'est effectuée lors d'une réunion d'une journée entière dédiée à la confrontation des observations. Ces dernières ont été impliquées dans la rédaction du rapport. Le rapport d'étude a été revu par un analyste senior de la société Verian.

## Protection des données

Toutes les données permettant de faire le lien entre les entretiens et l'identité des médecins, conservées par la société Verian, ont été détruites à l'issue de la remise du rapport à Santé publique France. Aucune information sur l'identité des médecins inclus dans l'étude n'a été transmise à Santé publique France, en dehors d'un fichier permettant à l'Agence de vérifier le respect des critères de stratification et de relier les caractéristiques des médecins, définies par ces critères, à leur entretien.

L'étude a été menée pendant le premier trimestre 2025, dans le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD). Conformément à la réglementation, la validation par un comité d'éthique n'était pas requise. L'accord des médecins pour la participation à cette étude a cependant été systématiquement recherché, après leur avoir présenté le contexte de l'étude, ses modalités, ainsi que les procédures d'anonymisation des enregistrements et de retranscription sur papier. L'étude a été financée par Santé publique France sur ses fonds propres.

## Résultats

Vingt-quatre entretiens ont été réalisés auprès de MG ayant répondu proposer « parfois » ou « souvent » les vaccins du calendrier vaccinal aux adolescents vus en consultation, et six auprès de médecins ayant répondu les proposer systématiquement. Il a été décidé d'inclure dans l'analyse globale ces entretiens complémentaires, les attitudes et pratiques de ces six médecins au regard de la vaccination, ne différant pas de celles de l'échantillon principal. Sur la base de ces 30 entretiens, la saturation des informations a été considérée atteinte. La durée des entretiens a été en moyenne de 40 minutes, variant entre 33 et 64 minutes. Au moins un MG a participé à l'étude dans 9 des 13 régions hexagonales. Les caractéristiques de l'ensemble des trente médecins sont présentées dans le tableau.

## La vaccination en général

L'adhésion à la vaccination des MG participants apparaît forte. Les praticiens interrogés expriment une confiance élevée dans l'efficacité des vaccins et adhèrent au calendrier vaccinal établi par les autorités de santé. Cette confiance s'accompagne de forts sentiments d'auto-efficacité (confiance en leurs compétences) et d'engagement dans la vaccination, nourris par un sentiment de compétence hérité de leur formation initiale et de leur pratique : ils se considèrent comme les premiers garants de la couverture vaccinale et se sentent investis d'une réelle responsabilité.

Cependant, leur rôle vaccinal se heurte à plusieurs facteurs contextuels. La surcharge de travail constitue un frein majeur, avec une taille croissante de la patientèle, une lourde charge administrative et des consultations saturées. Ce contexte tendu implique une adaptation pragmatique où la vaccination tend parfois à être reléguée au second plan par rapport aux soins.

Le contexte post-Covid a également été mentionné. Si la pandémie a renforcé les convictions vaccinales des médecins, ils perçoivent à l'inverse une certaine suspicion chez les patients. Les praticiens témoignent d'un climat empreint de réserves, qui rend le sujet vaccinal plus délicat à aborder.

Tableau

### Caractéristiques des 30 médecins ayant participé à l'étude qualitative 2025, France hexagonale

Sexe	Masculin	18
	Féminin	12
Âge	<50 ans	11
	≥50 ans	19
Type d'exercice	Seul	17
	En groupe	13
Densité urbaine du lieu d'exercice	Urbain	16
	Semi-urbain	8
	Rural	6

La redistribution des rôles avec l'implication de nouveaux professionnels de santé dans l'acte vaccinal est perçue de manière mitigée : si d'un côté, elle permet une décharge ponctuelle et une fluidification du parcours de santé, de l'autre, cette dilution des responsabilités est vécue par certains MG participants comme une désappropriation symbolique du rôle préventif du généraliste et suscite des inquiétudes quant à la traçabilité des actes vaccinaux.

Enfin, les difficultés d'accès à l'information sur la vaccination ont été mentionnées par de nombreux participants. Dans une actualité vaccinale chargée, beaucoup déplorent la complexité à se tenir informés, faute de relais clairs, de temps disponible, ou de référents institutionnels suffisamment lisibles. Leur veille est majoritairement passive, et les recommandations officielles, bien que jugées fiables, sont souvent perçues comme complexes.

### Spécificités de la vaccination adolescente

La relation aux adolescents présente des caractéristiques particulières qui influencent fortement la dynamique vaccinale. Cette population se caractérise par une faible présence en consultation (représentant seulement 10 à 25% de leur patientèle). La bonne santé générale des jeunes réduit leur présence en consultation à des épisodes isolés, souvent pour des motifs aigus et rarement pour de la prévention. La vaccination des adolescents s'inscrit dans une temporalité perçue comme « apaisée » par les médecins participants, notamment en comparaison avec le calendrier vaccinal très chargé de la petite enfance. À partir de 11 ans, une forme d'accalmie s'installe, avec un sentiment partagé « d'entre-deux » sans âge limite strict. Cette faible pression temporelle contribue à déprioriser l'acte vaccinal, perçu comme pouvant être remis à plus tard, d'autant que la vaccination émerge très rarement comme motif principal de consultation.

En face d'un adolescent, trois obstacles à la pratique vaccinale apparaissent chez les médecins interrogés : l'absence du carnet de santé, le manque de temps et l'inadaptation perçue de la proposition vaccinale avec le motif de consultation.

Les résultats montrent également des situations différentes selon les vaccins : le vaccin dTcaP bénéficie d'une prescription légitime, et est souvent perçu comme obligatoire même s'il ne l'est pas pour cette tranche d'âge. Le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole), en cas de rattrapage, est également bien intégré et rarement contesté, sa prescription bénéficiant d'une perception collective d'obligation vaccinale (dans la suite de l'obligation pour la petite enfance). L'argumentaire épidémiologique, mobilisant le risque de résurgence des maladies, s'avère particulièrement efficace. La vaccination contre les HPV connaît une légitimation institutionnelle croissante, renforcée par une communication efficace, en particulier dans le cadre de la vaccination en milieu scolaire. L'extension aux garçons semble perçue par les généralistes comme un progrès décisif, favorisant l'adhésion et la normalisation sociale. Cependant,

sa prescription demeure exigeante, nécessitant un ajustement du discours selon l'âge et la maturité des adolescents. Des freins symboliques sont également mentionnés, notamment dans certaines familles religieuses ou traditionnelles, de par le lien fait entre la vaccination contre les HPV et l'entrée dans la vie sexuelle. La récente recommandation vaccinale contre les méningocoques de sérogroupe A, C, W, Y connaît une intégration progressive, avec une disparité marquée entre les praticiens. Plusieurs médecins déclarent l'avoir intégrée à leur pratique, mais beaucoup montrent une forte velléité tout en reconnaissant une inertie à changer leurs habitudes, en partie justifiée par leurs connaissances insuffisantes concernant ces vaccins.

### Discussion

Pour les médecins interrogés, la vaccination est perçue comme importante mais non urgente, utile mais non structurante, souhaitable mais pas toujours directement mobilisable. Elle reste en attente de déclencheurs : d'un signal social, d'outils concrets, d'un contexte propice. Dès lors, les leviers d'amélioration doivent être portés par tout un contexte d'interventions complémentaires. Parmi les demandes qui émanent des médecins ou que l'on peut déduire des entretiens, plusieurs pistes peuvent être avancées, dont :

- une stratégie de communication ambitieuse à destination des adolescents, faisant appel aux médias traditionnels comme aux réseaux sociaux et aux plateformes qu'ils fréquentent ;
- un renforcement de la capacité des médecins à être des promoteurs efficaces de la vaccination adolescente à travers des supports concrets, qu'il s'agisse de documents papiers ou de supports dématérialisés, adaptés à leur contrainte de temps. Une demande d'outils pratiques pour les aider à gérer des situations individuelles particulières est apparue. De tels outils pourraient rappeler l'importance des autres vaccinations que la vaccination HPV, certains médecins semblant résumer la vaccination des adolescents à celle-ci seulement. Une évaluation des outils développés par différentes institutions (INCa, Santé publique France...) ou projets de recherche (PrevHPV...) à destination des médecins pourrait être menée, afin d'évaluer la mesure dans laquelle ils répondent aux besoins et contraintes de la médecine générale ;
- le développement d'outils de rappel pour les médecins, intégrés dans les logiciels métiers et d'outils de relance, adressés par voie numérique aux adolescents, permettant également de pallier l'absence du carnet de vaccination. De tels outils pourraient également être intégrés à l'application Mon espace santé®, qui permet déjà l'enregistrement des données vaccinales des assurés sociaux. La rareté des contacts des adolescents avec le système de santé devrait



constituer un facteur additionnel de mobilisation des MG pour aborder le sujet de la vaccination lors des consultations pour un autre motif ;

- une réflexion sur la pertinence de la logique actuelle d'une large tranche d'âge pour les recommandations vaccinales de l'adolescent, justifiée par le plus grand nombre d'opportunités de contact avec les services de santé ainsi offertes, mais conduisant souvent à déprioriser la vaccination en faveur d'autres actes de soins. Bien que non formellement proposée par les médecins lors des entretiens, une logique d'âge fixe pourrait permettre aux médecins, comme aux adolescents, de mieux identifier un moment spécifiquement dévolu à la mise à jour du calendrier vaccinal ;
- une meilleure promotion, tant auprès du public que des médecins, des deux consultations de suivi médical de l'adolescent, à 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge depuis 2019 par l'Assurance maladie mais qui semblent peu utilisées. Il n'existe pas d'évaluation à ce jour de la proportion d'adolescents bénéficiant de ces consultations de suivi médical. Dans un rapport de 2021, la Cour des Comptes a cependant noté que seule la moitié des enfants de moins de 16 ans avait déclaré un médecin traitant<sup>8</sup>. Ces consultations permettraient de bénéficier plus systématiquement d'un moment clé pour faire un point global (bilan de santé incluant la santé mentale, les actions de prévention, la vaccination...). De telles opportunités permettraient de résoudre la difficulté liée à la multiplicité des thèmes à aborder avec des adolescents dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Une étude qualitative française menée auprès de douze adolescents suggère que la vaccination n'est pas priorisée par les médecins lorsqu'ils abordent ces thèmes, les trois thématiques les plus souvent mentionnées étant liées à la santé sexuelle, la prévention de l'addiction et la nutrition<sup>9</sup>.

Nos conclusions sont en phase avec celles de l'étude qualitative menée par Tron et coll auprès d'un échantillon de 36 MG français afin d'identifier les leviers et barrières à la vaccination HPV des adolescents. Les principaux freins paraissaient de nature organisationnelle, étant particulièrement en lien avec la faible fréquentation des adolescents, et de nature relationnelle, associée à l'hésitation vaccinale des parents souvent liée à la connotation sexuelle des HPV<sup>10</sup>. Dans une autre étude qualitative reposant sur six entretiens collectifs semi-directifs et réunissant un total de 36 MG, les auteurs ont également conclu à l'importance des obstacles organisationnels, mais ils ont aussi mis en évidence des perceptions divergentes de la balance bénéfique/risque des différents vaccins recommandés, les conduisant à un engagement moindre concernant certaines vaccinations<sup>11</sup>. De même, une enquête menée en 2019 par le Collège de la médecine générale, en partenariat avec Santé publique France, auprès de plus de 800 médecins généralistes, avait conclu que, si 99,6%

des répondants avaient répondu être favorables à la vaccination, 22% d'entre eux faisaient état de réticences vis-à-vis de la vaccination contre les HPV<sup>12</sup>.

Notre étude présente plusieurs limites. Le choix d'une étude de type qualitative ne permet pas de généraliser les conclusions de l'étude à l'ensemble des MG exerçant dans l'Hexagone. Cependant, la diversité des profils de médecins sélectionnés, ainsi que l'atteinte de la saturation à l'issue des entretiens menés, permettent de penser que nos conclusions s'appliquent largement aux MG exerçant en France métropolitaine. Une étude similaire dans les DROM permettrait de compléter ces premiers résultats.

L'exclusion des médecins déclarant ne jamais proposer la vaccination aux adolescents ne remet pas en cause nos conclusions, dans la mesure où ils constituent une très faible partie des MG français, estimée à 3%<sup>13</sup>.

Un biais de désirabilité sociale, lié aux modalités de recueil des réponses à travers un échange en face-à-face, qu'il soit en présentiel ou par vidéoconférence, a pu conduire à surestimer l'adhésion des MG vis-à-vis de la vaccination des adolescents. Ce biais pourrait être d'importance différente selon la manière dont l'échange s'est déroulé (en face-à-face ou à distance), sans qu'il soit possible de l'analyser.

## Conclusion

En définitive, cette étude suggère que la couverture vaccinale insuffisante des adolescents n'est le plus souvent pas le reflet d'une opposition de la part des médecins généralistes. La vaccination dans cette tranche d'âge semble perçue par les médecins comme importante, mais non prioritaire ni urgente. Les contraintes de temps, la difficulté d'aborder ce sujet lors de consultations justifiées par des maladies aiguës, la multiplicité des thématiques à aborder et l'absence de traçabilité du statut vaccinal conduisent souvent le médecin à renoncer à aborder la vaccination. Il est vraisemblable que la rareté des contacts des adolescents avec la médecine générale transforme ces opportunités en occasions définitivement manquées de respecter le calendrier vaccinal. Malgré ces difficultés contextuelles, des pistes existent, susceptibles de faciliter l'intégration de la vaccination dans la pratique des médecins lors des consultations d'adolescents. ■

## Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article. La société Verian n'a pas de lien avec des sociétés pharmaceutiques.

## Remerciements

Nous tenons à remercier Emmanuelle Marc et Églantine Melin qui ont conduit et analysé les entretiens avec les médecins généralistes, ainsi que tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude.

## Références

[1] Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025. Paris: ministère de la

Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées; 2025. 100 p. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

[2] Guignon N. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. *Études et Résultats*. 2019;(1122):1-6. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2017-des-adolescents-plutot-en-meilleure-sante-physique-mais>

[3] Santé publique France. Bulletin vaccination. Édition nationale. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 26 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/vaccination-en-france.-bilan-de-la-couverture-vaccinale-en-2023>

[4] Collange F, Fressard L, Verger P, Josancy F, Sebbah R, Gautier A, *et al.* Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. *Études et Résultats*. 2015;(910):1-8. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes>

[5] Gautier A, Verger P, Jestin C, groupe Baromètre santé 2016. Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(Hors-série Vaccination):28-35. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/article/sources-d-information-opinions-et-pratiques-des-parents-en-matiere-de-vaccination-en-france-en-2016>

[6] Mucchielli A. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France (PUF); 1991. 126 p

[7] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014. 152 p.

[8] Cour des comptes. La santé des enfants : une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Paris: Cour des comptes; 2021. 175 p. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-des-enfants>

[9] Million E, Fabre L, Falissard B, Carbonnel F, Lognos B, Oude-Engberink A. Adolescents talk about insufficient prevention through their general practitioner: A qualitative study. *BJGP Open*. 2025.

[10] Tron A, Schlegel V, Pinot J, Bruel S, Ecollan M, Bel JL, *et al.* H. Barriers and facilitators to the HPV vaccine: A multi-center qualitative study of French general practitioners. *Arch Public Health*. 2024;82(1):2.

[11] Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, *et al.* L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude Diva (Déterminants des intentions de vaccination). *Santé Publique*. 2016;28(1):19-32.

[12] Santé publique France – Collège de la médecine générale. Les médecins généralistes unanimes pour la vaccination selon une nouvelle enquête du Collège de la Médecine Générale et de Santé publique France. *Santé publique France – Collège de la médecine générale*; 2019. 1 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/les-medecins-generalistes-unanimes-pour-la-vaccination-selon-une-nouvelle-enquete-du-college-de-la-medecine-generale-et-de-sante-publique-france>

[13] Verger P, Collange F, Fressard L, Bocquier A, Gautier A, Pulcini C, *et al.* Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: A cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014. *Euro Surveill*. 2016;21(47):30406.

### Citer cet article

Lévy-Bruhl D, Perrey C, Thilly N, Caline G, Nassany O, Salvaing L, *et al.* Déterminants de non-proposition de vaccination aux adolescents par les médecins généralistes français en 2025 : une étude qualitative. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(11):218-29. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026\\_11\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026_11_1.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

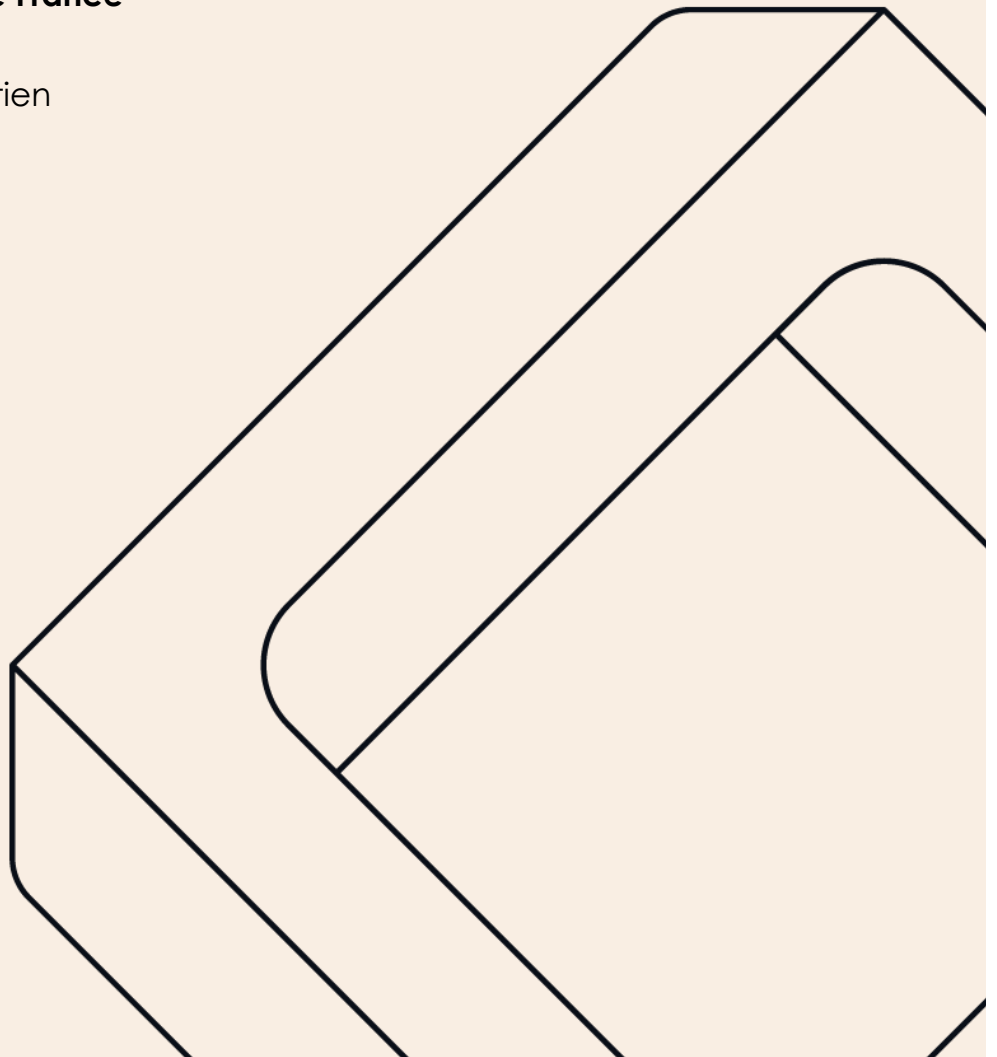


# Etude qualitative sur les déterminants de la non proposition de vaccination aux adolescents par les médecins généralistes

**Santé publique France**

Guide d'entretien

11 février 2025





## Remarques

Le guide d'entretien présenté dans les pages qui suivent fonctionne comme un aide-mémoire destiné à répertorier les points à aborder lors de l'entretien. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire qui serait repris ligne par ligne.

- **En gras, les relances principales qui guideront l'entretien.**
- En non-gras, les relances supplémentaires à utiliser si le sujet n'est pas abordé spontanément.

# Introduction et présentation

---

## 5 minutes

### • Présentation

- de Verian mandaté par Santé publique France (en 1 phrase) ;
- des objectifs et de la finalité de l'étude : reprendre au besoin les éléments indiqués dans le courrier d'information ;
- de la structure de l'entretien (en une phrase en mentionnant les 2 grandes parties) ;
- des règles de fonctionnement de l'entretien : règle de confidentialité, RGPD, enregistrement avec recueil du consentement oral. Au début de l'entretien et après s'être assuré que la personne interrogée est consentante pour l'entretien et pour l'enregistrement, le consentement est reconfirmé et enregistré sur le support d'enregistrement audio. Par exemple : « *Bien, nous allons commencer. Merci d'avoir accepté cet entretien. Pouvez-vous nous confirmer que vous êtes d'accord pour l'enregistrer ?* »

**« Bonjour, je vous remercie de participer à cette étude que nous réalisons actuellement auprès des médecins généralistes. Ce qui m'importe, c'est de bien comprendre votre point de vue, ce que vous pensez, comment vous voyez les choses. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, dites-moi les choses le plus librement possible. »**

**Pour commencer pouvez-vous m'indiquer depuis combien de temps vous pratiquez comme médecin généraliste ?**

- Exercez-vous seul ou au sein d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle ?
- Pratiquez-vous une ou plusieurs médecines complémentaires ou alternatives ? Laquelle ? Dans quelle proportion ?

*NB : les informations sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et la région d'exercice auront été recueillies au moment du recrutement.*

# 1. La vaccination : perceptions générales

10-15 minutes

## Quelle est la place de la vaccination dans votre pratique quotidienne ?

- Que diriez-vous de la part que représente la vaccination dans votre pratique ?
- Comment voyez-vous votre rôle en matière de vaccination ? Cette place a-t-elle changé récemment ? Comment ?

## Dans votre pratique quotidienne, comment vous sentez-vous pour parler de vaccination avec votre patientèle ?

- Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous gêne / vous manque ? A PASSER SI LE REpondant SE SENT A L'AISE.
- Relancer :
  - Pour en parler auprès des adultes ?
  - Pour en parler auprès des adolescents ?
  - Est-ce différent en fonction des vaccins ?

## Comment vous informez-vous sur la vaccination ?

- Comment estimez-vous votre niveau d'information sur la vaccination ? Qu'est-ce qui vous manque ?
- Quelles sont les sources d'informations en lesquelles vous avez confiance pour vous informer sur la vaccination ? Pour quelles raisons ?

## Que pensez-vous des recommandations des autorités de santé en matière de vaccination ?

- De manière générale, les trouvez-vous adaptées / réalistes ? Pour quelles raisons ?  
ANIMATEUR : IDENTIFIER NIVEAU DE CONFIANCE SUR L'EXPERTISE DES AUTORITES QUI ETABLISSENT LES RECOMMANDATIONS.
- Et que pensez-vous du calendrier actuel des vaccinations ? Quelles sont les questions que vous vous posez à ce sujet ?

## Et plus particulièrement, concernant les vaccinations recommandées pour les adolescents entre 11 et 16 ans ?

- Pourquoi ?
- Que pensez-vous du rapport bénéfice / risques de ces différents vaccins ? Pourquoi ?  
ANIMATEUR : FAIRE DISCUTER LA PERCEPTION DU RAPPORT BENEFICES / RISQUES DES VACCINS.

RELANCER SI TOUS LES VACCINS RECOMMANDÉS N'ONT PAS ÉTÉ CITÉS SPONTANÉMENT (NB : LE RATTRAPAGE DES VACCINATION DE L'ENFANCE N'ONT PAS VOCATION A ETRE CITE ICI) :

- Et sur les autres vaccins recommandés pour les adolescents ? Qu'en pensez-vous ?

RELANCER SUR LES VACCINATIONS RECOMMANDEES SUIVANTES :

- le rappel dTcaP ;
- la vaccination contre les papillomavirus (HPV) pour les filles et les garçons ;
- la vaccination contre les méningocoques ACWY (NOTE ANIMATEUR : IL S'AGIT D'UNE RECOMMANDATION TRES RECENTE) ;
- le rattrapage des vaccinations contre l'hépatite B, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons et la rubéole, non effectuées dans l'enfance. (NOTE ANIMATEUR : BIEN MENTIONNER CE POINT POUR DIFFERENCIER DU RETARD DES VACCINATIONS DE L'ADOLESCENT)

## 2. La vaccination des adolescents : freins et leviers

---

*30 minutes*

### **Tout d'abord pouvez-vous me parler de vos consultations auprès d'adolescents ?**

- Quelle est la part des consultations auprès des adolescents (11 à 16 ans) dans l'ensemble de vos consultations ? Pourriez-vous l'évaluer, approximativement, en pourcentage de votre patientèle ? S'agit de patients dont vous êtes le médecin traitant ou plutôt des visites ponctuelles ?
- Quels sont les principaux motifs de consultation des adolescents ?
- Comment se passent ces consultations en général (durée, présence des parents ou non, communication / interaction avec l'adolescent...) ?

**Quelle place la question de la vaccination occupe-t-elle dans vos consultations auprès d'adolescents ? Est-ce une place importante ? Pourquoi ? Pouvez-vous l'exprimer en pourcentage par rapport au nombre de consultations d'adolescents ? Parmi les consultations d'ados, quelle est la part qui sont motivées par la seule vaccination ?**

### **Pour quelles raisons ?**

- Comment la question de la vaccination est-elle abordée lors d'une consultation avec les adolescents (hors des consultations uniquement motivées par la vaccination) ?
  - Est-ce systématique ?
  - Si non : de quoi cela dépend-il ? Du motif de la consultation ? D'autres critères ? Y a-t-il des situations où vous avez plus de mal à parler de ces vaccinations ?
  - Comment savez-vous que c'est le bon moment pour en parler ? (IDENTIFIER SI DES ALERTES LOGICIELS SONT ACTIVEES AUSSI POUR LES VACCINS RECOMMANDES)
  - Cela dépend-il de l'âge des adolescents concernés ?
  - Comment procédez-vous en l'absence de carnet de santé ?

**Et dans quelles circonstances n'abordez-vous pas la question de la vaccination lors des consultations avec les adolescents ?** RELANCER EN DEMANDANT DES EXEMPLES.

- **Parmi les vaccins recommandés par les autorités de santé pour les adolescents**, quels sont ceux que vous recommandez systématiquement et ceux que vous recommandez moins souvent / pas ?
  - Pour quelles raisons ? Pourquoi faites-vous ces différences ?
  - Que leur dites-vous ? BIEN CREUSER
- Avec qui parlez-vous de ce sujet : est-ce plutôt avec les adolescents ? leurs parents ? Que leur dites-vous ?
  - Comment réagissent-ils ?
  - Que leur dites-vous dans ces cas-là ?
  - Quand les parents font part d'hésitation ou d'opposition par rapport à une vaccination, comment faites-vous ? A quelle fréquence cela arrive-t-il ? Pouvez-vous nous raconter une ou deux expériences à ce sujet ? Et si les réticences proviennent des adolescents ?

ANIMATEUR : ESSAYER DE DIFFERENCIER LES REACTIONS DES PARENTS ET DES ADOLESCENTS ET LA NATURE DES RETICENCES EXPRIMEES (EFFETS INDESIRABLES, COUT DU VACCIN, MANQUE DE TEMPS...)

- A part ce que vous avez déjà mentionné, y-a-t-il d'autres choses qui peuvent vous freiner à aborder ce sujet ? Pourquoi ?
  - Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer en abordant ce sujet ?
  - De quoi auriez-vous besoin ?

**Qu'est-ce qui pourrait vous aider à recommander plus souvent / systématiquement les vaccins recommandés aux adolescents ?**

- Au contraire quels sont les obstacles qui vous en empêcheraient ?

REMERCIEMENTS



## LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES EXILÉS : VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES PATIENTS SUIVIS AU COMEDE ENTRE 2015 ET 2025

// MENTAL HEALTH OF YOUNG REFUGEES: SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG PATIENTS TREATED AT COMEDE IN FRANCE BETWEEN 2015 AND 2025

Mathilde Petit, Maila Marseglia (maila.marseglia@comede.org), Sylvie Rey, Louise Roux, Arnaud Veïsse

Comité pour la santé des exilés (Comede), Le Kremlin-Bicêtre

Soumis le 10.10.2025 // Date of submission: 10.10.2025

### Résumé // Abstract

**Introduction** – L'objectif de cette étude est de caractériser la population des enfants et jeunes adultes exilés venus consulter au Comité pour la santé des exilés (Comede). Elle vise à mesurer et décrire les troubles psychiques diagnostiqués chez ces patients et à identifier les facteurs associés à ces psychopathologies.

**Méthodes** – Les dossiers des patients de 0 à 25 ans venus consulter au Comede entre 2015 et 2025 ont été analysés. Une analyse descriptive a été réalisée sur les données démographiques, les critères de vulnérabilité sociale, les troubles psychiques et les antécédents de violence. Les associations entre la présence d'un trouble psychique et les autres variables ont été étudiées.

**Résultats** – Parmi les 5 000 jeunes reçus dans les centres de soins du Comede en 10 ans, 2 274 patients ont bénéficié d'un suivi médico-psychologique, dont 45% étaient en hébergement précaire, 31% ne mangeaient pas à leur faim, 52% souffraient d'isolement relationnel et 37% étaient en situation de détresse sociale. Le taux de prévalence des troubles psychiques s'élevait à 32%, dont les principaux étaient les syndromes psycho-traumatiques, les troubles anxieux et les épisodes dépressifs caractérisés. Les facteurs significativement associés à ces troubles étaient : être un garçon, être plus âgé, avoir des problèmes d'hébergement, être isolé socialement, être en détresse sociale, avoir subi des violences.

**Conclusion** – Cette étude montre l'importance des troubles psychiques chez des jeunes exilés récemment arrivés en France. Elle étaye l'existence d'associations entre exil, antécédents de violence, vulnérabilité sociale et psychopathologies chez les jeunes. À leur arrivée en France, il est donc nécessaire d'agir sur leurs conditions de vie comme d'accueil et d'améliorer leur accès aux soins médico-psychologiques.

**Objectives** – *The aim of this study is to characterise the population of exiled children and young adults who have sought consultation at the COMEDE (French Committee for the Health of Exiles). It aims to assess their mental health and to identify potential factors associated with mental disorders.*

**Methods** – *Data collected from medical and psychological consultations with patients aged 0 to 25 were analyzed. An exploratory data analysis was conducted on data concerning demographic traits, social vulnerability factors, mental health disorders, and history of violence. Possible statistical associations between mental health and the aforementioned variables were explored.*

**Results** – *Over a span of 10 years, 5,000 young migrants were received at Comede. Among them, 2,274 benefited from both medical and psychological follow-up care. 45% encountered housing problems, 31% suffered from food insecurity, 52% dealt with social isolation, and 37% were considered in social distress. The overall prevalence rate of mental disorders was 32%. The patients primarily experienced post-traumatic stress disorders, anxiety and depression. Factors such as being male, arriving in France at an older age, experiencing housing issues or social distress, and previous exposure to violence were associated with poor mental health.*

**Conclusion** – *This study highlights the significant prevalence of mental disorders among young migrants and refugees who have recently arrived in France. It provides evidence of links between exile, a history of violence, social vulnerability and mental health conditions among young people. Comprehensive structural measures are needed to enhance their living conditions and guarantee equitable access to healthcare and mental health services upon arrival in France.*

---

**Mots-clés** : Jeunes exilés, Enfants exilés, Santé mentale, Vulnérabilité sociale, Troubles psychiques, Violences, Psychotraumatismes

// **Keywords**: Young refugees, Refugee children, Mental health, Social vulnerability, Mental disorders, Violence, Post-Traumatic Stress Disorder

---

## Introduction

L'exil, défini comme l'obligation de quitter son pays sans espoir de retour, peut profondément affecter la santé mentale de celles et ceux qui le vivent. Les pertes, ruptures et deuils liés à l'exil ne sont que le début d'un parcours souvent émaillé d'obstacles et de violences. Tout au long du processus migratoire, les personnes exilées sont confrontées à des conditions de vie particulièrement difficiles, ainsi qu'à diverses formes de violences et de discriminations<sup>1</sup>.

Une fois parvenues dans le pays d'arrivée, les personnes exilées sont le plus souvent confrontées à des conditions d'accueil dégradées et à la précarité administrative. Différentes études et revues de littérature, en France et en Europe, ont montré l'impact de ces facteurs (perte du foyer, violences, événements potentiellement traumatiques, précarité, vulnérabilité) sur la santé mentale des personnes exilées adultes<sup>2,3</sup>. Ceux-ci présentent un risque accru de développer des troubles psychiques tels que les psychotraumatismes, la dépression, les troubles anxieux<sup>1</sup>, par rapport aux populations des pays d'accueil<sup>4</sup>.

Les enfants et les jeunes exilés (de 0 à 25 ans) vivent parfois séparés de leur famille, ces mêmes événements surviennent à un moment particulièrement crucial de leur développement psychique<sup>3</sup>. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'un adolescent sur 7 souffre d'un trouble psychique<sup>5</sup>. Il est probable qu'à l'instar des adultes, les jeunes exilés soient plus touchés par les troubles psychiques que les jeunes du même âge dans leur pays d'accueil<sup>4,6</sup>.

À ce jour, peu d'études permettent de décrire la population des jeunes exilés arrivés en France et de décrire leur état de santé mentale. Ces derniers forment un groupe très hétérogène en termes d'âge, d'origine géographique et de statut divers (mineurs ou majeurs, isolés ou accompagnés).

Le Comité pour la santé des exilés (Comede) accueille 5 000 personnes par an à Paris, Bicêtre, Saint-Étienne, Marseille et Cayenne pour des soins médico-psychologiques et un accompagnement social et juridique. Le nombre de jeunes enfants et adolescents reçus lors de consultations médicales et psychologiques a augmenté au cours des dernières années, permettant d'affiner l'analyse de leur état de santé malgré leur forte hétérogénéité d'âge et de situation administrative et sociale antérieure et présente.

L'objectif de cette étude est de mesurer et de décrire l'état de santé psychique identifié chez les enfants, adolescents et jeunes adultes reçus en consultation. Elle a également pour objectif d'identifier des facteurs de risque comme la vulnérabilité sociale ou les violences subies.

## Matériel et méthodes

Les données de cette étude observationnelle rétrospective sont issues des informations saisies au cours des consultations dans les différents centres

de soins du Comede (Bicêtre, Paris, Marseille, Saint-Étienne et Cayenne). L'ensemble des 5 000 patients âgés de 0 à 25 ans, ayant bénéficié d'au moins une consultation (accueil, sociale et juridique, médicale, psychologique) entre février 2015 et février 2025, ont été inclus dans l'étude. Parmi ces patients, 2 274 ont bénéficié d'un suivi médical ou psychologique en raison de leur vulnérabilité et de leur état de santé. Les informations analysées sont recueillies au cours de consultations par les professionnels de santé sans l'usage de questionnaire. Les consultations de médecine et de psychothérapie des mineurs comportent, à partir de 4 ans, des temps d'entretien individuel sans l'accompagnant majeur, permettant l'instauration d'un cadre thérapeutique propre au mineur.

Les informations recueillies étaient :

- 1) des informations démographiques : l'âge de la première consultation qui est réparti en 4 classes (0-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans, 18-25 ans), le genre, la date d'arrivée en France, le pays d'origine. Cette dernière donnée est déclarative, notamment dans le cadre d'une demande d'asile, pouvant faire apparaître des territoires non reconnus comme État par la France ou l'Organisation des Nations-Unies (ONU). Le regroupement des territoires en régions suit un découpage géopolitique utilisé par le Comede et fondé sur une catégorisation corrélée aux causes de l'exil et aux flux d'exilés<sup>7</sup>. Les effectifs régionaux inférieurs à 150 (Asie de l'Est, Amérique du Sud, etc.) ont été regroupés dans la catégorie « Autres » ;
- 2) des critères de vulnérabilité sociale, évalués lors de la première consultation au Comede : le statut administratif (mineurs accompagnés, mineurs non accompagnés (MNA), type de séjour ou sans autorisation de séjour pour les majeurs), le type de logement/hébergement, un score de détresse sociale établi au travers de huit critères (allophonie, précarité de l'hébergement, des ressources financières et du statut administratif, isolement relationnel, absence de protection maladie, difficultés de déplacement et d'accès à l'alimentation). Les personnes qui remplissaient au moins cinq de ces huit critères sont considérées au Comede en situation de détresse sociale. Le statut de mineur non accompagné est noté dans le type de droit au séjour, quelle que soit la reconnaissance de son statut par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- 3) l'anamnèse des patients suivis : d'une part, les pathologies dépistées lors du bilan de santé et au cours du suivi par les consultants sont regroupées à partir de la Classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> révision (CIM10 : F32-34 et F53.0 pour les épisodes dépressifs ; F43.1 pour l'état de stress post-traumatique ; F40, F41.0-F41.2 et F42 pour les troubles anxieux ; F70-79, F80-84 et F90 pour les troubles du neurodéveloppement. Le trauma complexe suit la définition de la CIM11). Seules les maladies graves ou ayant un fort impact sur la qualité de vie

des patients sont relevées. D'autre part, pour les patients ayant eu au moins trois consultations médicales ou psychologiques, les antécédents de violences sont encodés selon le type de violence (violence de genre, privation de liberté – détention, zone d'attente, rétention, séquestration –, torture selon la définition de l'ONU, autre).

L'analyse descriptive des données a été réalisée avec le logiciel Stata®. Les variables qualitatives sont décrites sous forme de nombre et pourcentage et les proportions ont été comparées par un test d'indépendance (test du Chi2 ou test exact de Fischer), avec un seuil maximal retenu de significativité statistique de 5%. Les ratios de prévalence non ajustés ont été calculés pour les éventuels facteurs de risques.

## Résultats

### Caractéristiques démographiques des jeunes suivis au Comede

En 10 ans, 5 000 jeunes patients de 0 à 25 ans ont bénéficié d'au moins une consultation entre février 2015 et février 2025. Parmi ces jeunes, 2 274, soit 45% d'entre eux, avaient bénéficié d'un suivi. La répartition fille/garçon était de 36% et 64% respectivement. Les patients étaient originaires de 85 pays différents, principalement d'Afrique de l'Ouest (45%), d'Afrique centrale (16%), d'Asie du Sud (9%), d'Asie centrale (5%). La répartition des classes d'âge à la première consultation était de 6% pour les 0-5 ans, 7% pour les 6-11 ans, 31% pour les adolescents, et 56% pour les jeunes adultes.

Au moment de la première consultation, la plupart des jeunes étaient arrivés en France récemment : 57% depuis moins de 6 mois et 73% depuis moins d'un an.

Parmi les jeunes suivis (n=2 774), 9% de l'ensemble des jeunes bénéficiaient d'une protection internationale, 72% des 18-25 ans étaient demandeurs d'asile, 22% n'avaient pas de droit au séjour et 43% des adolescents étaient des mineurs non accompagnés.

Lors de leur arrivée au Comede, 45% avaient des problèmes d'hébergement (hébergement précaire, insalubre, sans hébergement). Parmi ces derniers, 19% vivaient dans des hébergements d'urgence (23% des 12-17 ans), et 31% dormaient dans la rue (14% des 0-5 et 36% des jeunes adultes).

Le taux de jeunes patients qui ne mangeaient pas à leur faim était de 31%, et s'élevait à 37% chez les 0-5 ans. Dans cet ensemble, 45% étaient allophones et 79% dont les ressources du foyer inférieures étaient au seuil de la Complémentaire santé solidaire (CSS). L'isolement relationnel touchait 52% des jeunes adultes. Il concernait 42% des mineurs non accompagnés et était le seul critère de vulnérabilité les différenciant significativement des mineurs accompagnés (tableau 1). Pour les enfants plus jeunes et accompagnés, c'est l'isolement relationnel des parents qui est évalué : 25% chez les 0-5 ans et 28% chez les 6-11 ans. La proportion de jeunes en détresse sociale était de 37% : 27% pour les 0-5 ans, 25% pour les 6-11 ans, 24% pour les 12-17 ans et 45% pour les 18-25 ans.

### Troubles psychiques

Une maladie grave était indiquée pour 50% des jeunes suivis (n=2 274) soit 1 488 pathologies. Parmi ces maladies, 56% (838) concernaient des troubles psychiques. Le taux de prévalence des troubles psychiques était de 32% pour l'ensemble de la population étudiée. Il croissait avec l'âge (19% chez les 0-5 ans à 38% chez les 18-25 ans) (figure) et était plus important chez les mineurs non accompagnés (35%) (tableau 1).

Les troubles psychiques les plus fréquents parmi les patients étaient l'état de stress post-traumatique (ESPT) et les traumas complexes avec un ratio trauma complexe/ESPT de 1/10.

Le taux de prévalence des syndromes psychotraumatiques (ESPT et traumas complexes) parmi les patients suivis était de 19%. Inférieur à 6% chez les 0-5 ans et les 6-11 ans, il atteignait respectivement 11% et 27% pour les 12-17 ans et les 18-25 ans. La prévalence des troubles anxieux était de 6%, mais s'élevait à 8% et 9% parmi les 6-11 ans et les 12-17 ans. La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés chez l'ensemble des jeunes patients suivis était de 5%. La classe d'âge la plus concernée était celle des 18-25 ans avec un taux de prévalence à 7%. Les mineurs non accompagnés présentaient moins souvent des syndromes psychotraumatiques que les mineurs accompagnés (14% vs 20%), mais souffraient plus souvent de troubles anxieux (14% vs 5%) (tableau 1).

Les patients souffrent parfois de plusieurs pathologies. Les patients souffrant de dépression présentent plus de comorbidité : 29% souffrent de syndromes psychotraumatiques et 7% de troubles anxieux.

Les troubles du neurodéveloppement étaient diagnostiqués principalement chez les enfants, avec une prévalence à 6% pour les 0-5 ans et à 7% chez les 6-11 ans. Parmi les troubles du neurodéveloppement, 40% étaient des troubles du spectre autistique, 28% des retards mentaux et 16% des troubles du langage. Enfin, on relèvera 17 cas de trouble de l'adaptation et 7 cas de troubles psychotiques.

### Principaux facteurs de risques

Chez les jeunes suivis (n=2 274), des associations significatives étaient retrouvées entre la présence ou non d'un trouble psychique et la répartition par tranches d'âge ou la région d'origine. Il y avait plus de troubles psychiques dans les plus hautes classes d'âges, chez les garçons et chez les patients d'Afrique de l'Ouest notamment (tableau 2).

La précarité de l'hébergement, ainsi que l'isolement relationnel, étaient liés significativement à une plus grande proportion de troubles psychiques. Les personnes en détresse sociale (donc cumulant au moins 5 critères de vulnérabilité sociale) présentaient également plus de troubles de santé mentale.

Sur 1 208 patients ayant bénéficié d'au moins 3 consultations, 62% avaient subi des violences (les proportions augmentent de 41% chez les

0-5 ans, à 71% chez les 18-25 ans). Les types de violences les plus courants étaient les violences de genre (28% des patients concernés), les privations de liberté (15%) et les actes de torture (14%).

Le taux de troubles psychiques était également associé significativement avec les antécédents de violences subies, quel qu'en soit le type (tableau 3).

Tableau 1

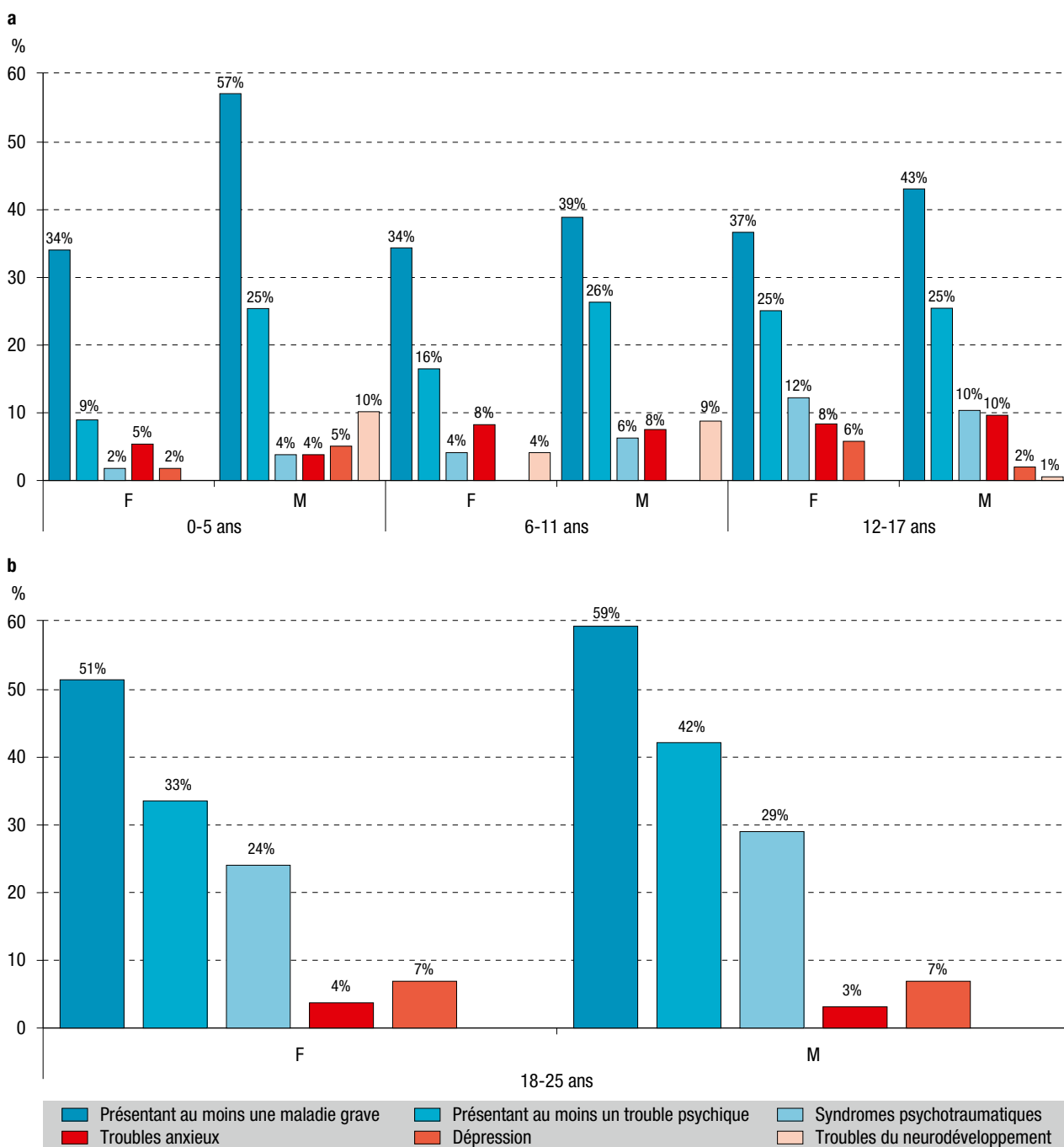
**Comparaison entre les mineurs accompagnés et non accompagnés suivis au Comede entre 2015 et 2025 (n=2 274)**

	Mineurs accompagnés	Mineurs non accompagnés	Total	p-value
<b>Effectifs</b>	<b>638</b>	<b>358</b>	<b>996</b>	
<b>Catégorie d'âge</b>				
0-5 ans	21%		14%	0,001
6-11 ans	23%	1%	15%	
12-17 ans	55%	99%	71%	
<b>Sexe</b>				
Fille	36%	15%	29%	0,001
Garçon	64%	85%	71%	
<b>Région d'origine</b>				
Afrique centrale	18%	8%	14%	0,001
Afrique de l'Ouest	32%	73%	46%	
Afrique du Nord	7%	6%	7%	
Asie centrale	2%	2%	2%	
Asie du Sud	5%	4%	5%	
Caraiïbes	18%	6%	14%	
Europe de l'Est	9%		6%	
Autres	9%	1%	6%	
<b>Pathologies</b>				
Présentant au moins une maladie grave	38%	47%	42%	0,007
Troubles psychiques	18%	35%	24%	<0,001
Maladies infectieuses et parasitaires	36%	14%	28%	0,042
Maladies non transmissibles	6%	14%	9%	<0,001
Syndromes psychotraumatiques	20%	14%	19%	<0,001
Troubles anxieux	5%	14%	8%	<0,001
Dépression	5%	3%	5%	0,203
<b>Critères de vulnérabilité sociale</b>				
<b>Effectifs</b>	<b>448</b>	<b>290</b>	<b>738</b>	
Langue	42%	38%	41%	0,319
Problème ou absence d'hébergement	33%	33%	33%	0,838
Isolement relationnel	24%	42%	31%	<0,001
Problème de déplacement	27%	22%	25%	0,125
Problème de titre de séjour	38%	36%	37%	0,567
Absence de protection maladie	39%	44%	41%	0,171
Ne mange pas à sa faim	26%	18%	23%	0,010
A des ressources inférieures au seuil CSS	71%	75%	73%	0,212
Détresse sociale	23%	28%	25%	0,120
<b>Violences</b>				
<b>Effectifs</b>	<b>276</b>	<b>160</b>	<b>436</b>	
Victime de violence	36%	61%	45%	<0,001
Violences de genre	10%	17%	13%	0,041
Torture	4%	6%	5%	0,382
Privation de liberté	5%	13%	8%	0,005

CSS : complémentaire santé solidaire ; Comede : Comité pour la santé des exilés.

Figure

**Taux de prévalence des catégories de troubles psychiques chez les jeunes exilés suivis au Comede entre 2015 et 2025, en fonction des classes d'âges et du sexe chez les exilés mineurs (a), et en fonction du sexe chez les exilés majeurs (b), (n=2 274)**



F : féminin ; M : masculin ; Comede : Comité pour la santé des exilés.

## Discussion

### Représentativité de la population étudiée

La population étudiée est celle des jeunes exilés ayant eu recours à l'un des centres de soins du Comede. Compte tenu des critères de priorisation pour l'inclusion au Comede, cette population concentre les personnes exilées récemment arrivées en France et en situation de grande vulnérabilité. Les patients en situation moins vulnérable sont réorientés vers d'autres services de soins. Les jeunes exilés

présentant des pathologies nécessitant certains suivis spécialisés, peuvent être également réorientés vers une structure plus adaptée à leur prise en charge. Enfin, le faible effectif des enfants de 0 à 11 ans dans cette étude s'explique par l'absence de consultations qui leur étaient dédiées dans certains des centres de soins du Comede pendant les premières années de la période étudiée.

Cette étude permet en revanche de décrire un public assez large, originaire de 85 pays, d'âge et de sexe différents.



Tableau 2

**Effectifs et ratio de prévalence des facteurs associés à la présence de troubles psychiques chez les jeunes exilés de 0 à 25 ans suivis au Comede entre 2015 et 2025 (n=2 274)**

	Trouble psychique		Total	p-value	Ratio de prévalence	IC95%
	Oui	%				
<b>Effectifs</b>	<b>728</b>	<b>32,0</b>	<b>2 274</b>			
<b>Données démographiques</b>						
<b>Catégorie d'âge</b>						
0-11 ans	58	20,1	288		Ref.	-
12-17 ans	176	26,0	677	<0,001	1,24	[0,95-1,61]
18-25 ans	491	38,4	1 278		1,91	[1,50-2,43]
<b>Sexe</b>						
Féminin	236	28,7	823	0,01	Ref.	-
Masculin	492	33,9	1 451		1,18	[1,04-1,35]
<b>Région d'origine</b>						
Afrique centrale	106	29,0	365	0,002	1,49	[0,98-2,26]
Afrique de l'Ouest	379	37,3	1 017		1,91	[1,30-2,84]
Afrique du Nord	21	19,4	108		Ref.	
Asie centrale	44	35,8	123		1,84	[1,17-2,89]
Asie du Sud	67	31,6	212		1,63	[1,06-2,50]
Caraïbes	33	30,3	109		1,56	[0,97-2,51]
Europe de l'Est	32	30,8	104		1,58	[0,97-2,56]
Autre	46	19,5	236		1,00	[0,63-1,59]
<b>Vulnérabilité sociale</b>						
<b>Bénéficiaire d'une protection internationale</b>						
Oui	128	53,8	238	<0,001	2,24	[1,98-2,53]
Non	599	38,7	1 546		Ref.	-
<b>Problème ou absence d'hébergement</b>						
Oui	345	36,9	936	<0,001	1,34	[1,18-1,54]
Non	262	27,4	956		Ref.	-
Données manquantes	121	31,7	382			
<b>Isolement social</b>						
Oui	356	42,7	834	<0,001	1,8	[1,58-2,06]
Non	251	23,7	1 059		Ref.	-
Données manquantes	121	31,8	381			
<b>Détresse sociale</b>						
Oui	251	36,0	697	0,001	1,26	[1,10-1,44]
Non	369	28,6	1 290		Ref.	-
Données manquantes	121	42,8	283			
<b>Type d'hébergement</b>						
Hébergement	311	29,7	1 046	0,001	Ref.	-
Sans hébergement	276	37,4	737		1,26	[1,10-1,44]
Logement	14	21,5	65		0,72	[0,45-1,16]
Données manquantes	127	29,8	426			

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; Comede : Comité pour la santé des exilés.

### Exil et santé mentale

Cette étude montre la grande vulnérabilité sociale et psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes suivis au Comede, en majorité récemment arrivés en France lors de leur première

consultation. La fréquence des troubles psychiques était globalement très importante (32%), et augmentait avec l'âge, atteignant 38% parmi les jeunes adultes. Le taux de troubles psychiques est probablement sous-évalué pour plusieurs raisons. D'une part, certains patients n'ont pas bénéficié d'un nombre

Tableau 3

### Effectifs et ratio de prévalence des types de violences associés à la présence de troubles psychiques chez les jeunes exilés de 0 à 25 ans ayant bénéficié d'au moins 3 consultations médicopsychologiques au Comede entre 2015 et 2025 (n=1 208)

		Troubles psychiques		Total	p-value	Ratio de prévalence	IC95%
		Oui	%				
<b>Effectifs</b>		<b>612</b>	<b>50,6</b>	<b>1 208</b>			
<b>Violences subies</b>	Victimes	481	64,6	745	<0,001	2,28	[1,96-2,67]
	Non victimes	131	28,3	463		Ref.	-
<b>Victimes de violences de genre</b>	Victimes	225	44,8	344	<0,001	1,46	[1,31-1,62]
	Non victimes	387	76,0	864		Ref.	-
<b>Torture</b>	Victimes	127	46,6	167	<0,001	1,63	[1,47-1,82]
	Non victimes	485	77,6	1 041		Ref.	-
<b>Privation de liberté</b>	Victimes	142	45,9	183	<0,001	1,69	[1,53-1,87]
	Non victimes	470	64,6	1 025		Ref.	-

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; Comede : Comité pour la santé des exilés.

de consultations suffisant pour pouvoir poser un diagnostic (seuls 53% des jeunes suivis ont consulté au moins 3 fois). D'autre part, poser un diagnostic de trouble psychique chez un enfant est un acte qui demande temps et prudence car les symptômes sont évolutifs et mouvants, d'autant plus chez une population vivant souvent dans des conditions très précaires<sup>3</sup>. Par ailleurs, certains symptômes peu spécifiques peuvent être retrouvés dans les tableaux psychotraumatiques en âge de développement, pouvant rendre difficile le diagnostic, comme les difficultés à réguler ses émotions, les difficultés de comportements, d'attention et d'apprentissage, les troubles du sommeil et de l'alimentation, les manifestations somatiques (maux de ventres, maux de têtes, eczéma, etc.)<sup>8-10</sup>.

Certains résultats peuvent être comparés avec ceux retrouvés dans la littérature internationale. À l'instar de cette étude, plusieurs publications montrent une association entre troubles psychiques et augmentation de l'âge à l'arrivée dans le pays<sup>11-14</sup>. En revanche, cette étude retrouve une association entre le genre masculin et la prévalence des troubles psychiques, alors que plusieurs publications constatent une fréquence accrue chez les filles<sup>11-13,15</sup>. La population étant très hétérogène, il serait nécessaire d'affiner l'étude avec des garçons et des filles ayant des caractéristiques comparables pour confirmer cette tendance. Il est également possible qu'il existe un biais de genre dans les diagnostics. Les jeunes filles (MNA) sont souvent moins visibles et rencontrent davantage de difficultés pour accéder aux soins. Lorsqu'elles bénéficient d'une prise en charge, leurs manifestations symptomatiques peuvent être moins saillantes ou diverger des présentations typiques attendues, ce qui peut influencer la reconnaissance et le diagnostic de leurs troubles psychologiques<sup>16,17</sup>.

#### Vulnérabilité, facteurs de stress quotidien et santé mentale

Plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale étaient associés à des troubles psychiques chez les jeunes exilés. Ces associations sont confirmées par la

littérature qui les qualifie souvent de facteur de stress quotidiens. Parmi elles, la relation entre les problèmes d'hébergement (précarité et insalubrité) et les troubles psychiques chez les jeunes est documentée<sup>14,18</sup>. L'isolement relationnel est également liée aux troubles psychiques, ce qui est étayé par plusieurs études<sup>19,20</sup>.

Enfin, alors que l'allophonie est présentée par plusieurs publications comme un facteur de risque<sup>3,12</sup>, cette association n'a pas été constatée dans notre étude, les soins médico-psychologiques étant conduits au Comede avec des interprètes professionnels pour les personnes allophones.

#### Violence et santé mentale

Le lien entre les antécédents de violence et le développement de psychopathologies chez les adultes est bien établi et avait fait l'objet d'une précédente publication du Comede<sup>15</sup>. Chez les enfants et les jeunes adultes, le rattachement entre violence et troubles psychiques est presque systématiquement évalué<sup>11,21,22</sup>. Cette étude confirme donc cette liaison en montrant que la prévalence des troubles psychologiques est deux fois supérieure chez les patients ayant des antécédents de violences. En revanche, cette étude ne permet pas d'affiner l'impact de ces violences en fonction de leur temporalité ou leur localisation sur le parcours d'exil. Les pourcentages de patients ayant subi des violences sont plus élevés que dans la précédente étude publiée par le Comede, bien que cette dernière porte sur des adultes<sup>15</sup>. Cela s'explique notamment par l'évaluation des antécédents de violences au bout de trois consultations contre une dans l'étude précédente. Ces résultats sont tout de même extrêmement préoccupants car ils touchent des enfants. Plusieurs études soulignent l'association entre violences, psychotraumatismes en âge de développement et risque psychopathologique accru à l'âge adulte<sup>23</sup>.

Les impacts des différents types de violence semblent peu évalués dans la littérature. Certaines études mettent toutefois en avant l'impact notable de la privation de liberté sur la santé mentale<sup>11</sup>.

## Limites de l'étude et perspectives

Cette étude concerne l'ensemble des jeunes patients suivi par le Comede sur une période de 10 ans, ce qui permet de disposer d'effectifs suffisants mais augmente l'hétérogénéité de la population étudiée.

L'étude présentée comporte une analyse bivariable des facteurs de risque. Il n'a pas été réalisé d'analyse multivariée permettant des ajustements. Certains facteurs pouvant influencer sur la santé des jeunes exilés n'ont pas pu être testés dans cette étude, tels que la santé mentale des parents<sup>12</sup>, la scolarisation en France<sup>3</sup>, être témoin de violences<sup>11,22</sup>, la composition familiale pour les enfants accompagnés (nombre de frères et sœurs, nombre de parents)<sup>14,22</sup>, ainsi que la relation parent-enfant, y compris en distinguant les violences extra et intrafamiliales. L'impact des différentes étapes et variables du parcours migratoire en lui-même (durée, privations, séparations familiales) n'a pas pu être exploré.

Une étude ultérieure avec un focus sur les enfants de 0 à 11 ans pourrait être envisagée, lorsque l'accueil de cette population sera davantage déployé. De plus, les catégories diagnostiques utilisées au Comede ne sont pas représentatives de l'étendue des diagnostics psychopathologiques chez l'enfant. Les classifications retenues privilégient les troubles psychiques graves et plus fréquemment observés chez les populations exilées, ce qui limite la prise en compte d'autres formes de psychopathologie infantile, notamment les différentes catégories de troubles du développement, de troubles affectifs ou de troubles du comportement.

## Conclusion

Cette étude décrit une population d'enfants et de jeunes adultes (0-25 ans) reçus en consultation au Comede entre 2015 et 2025. Parmi ces jeunes, près de la moitié ont bénéficié d'un suivi médico-psychologique au sein de l'association. Une majorité d'entre eux vivaient dans des conditions extrêmement précaires.

Ces jeunes exilés étaient grandement touchés par des troubles psychiques. Les principales psychopathologies retrouvées étaient les syndromes post-traumatiques, les troubles anxieux et les épisodes dépressifs caractérisés.

L'association, maintenant bien connue chez les adultes, entre exil, antécédents de violence, vulnérabilité sociale et psychopathologies, touche également le public jeune.

Après leur arrivée en France, il est possible d'agir sur les conditions de vie de ces jeunes et de leurs familles par des actions sur les déterminants de santé. Des politiques d'accueil et de santé publique visant à garantir leur protection, à diminuer leur vulnérabilité sociale, et à améliorer leur accès aux soins, pourraient avoir un impact sur la santé psychique des jeunes exilés, tant sur le plan de la prévention que sur celui du pronostic. ■

## Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

## Remerciements

Nous remercions l'ensemble des collègues salariés et bénévoles de l'association pour leur contribution quotidienne à l'observatoire du Comede.

## Références

- [1] World Health Organization. Refugee and migrant mental health. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health>
- [2] Hodes M, Vostanis P. Practitioner review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(7):716-31.
- [3] Dangmann C, Dybdahl R, Solberg Ø. Mental health in refugee children. *Curr Opin Psychol*. 2022;48:101460.
- [4] Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, *et al*. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ*. 2011;183(12):E959-67.
- [5] World Health Organization. Mental health of adolescents. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- [6] Frounfelker RL, Miconi D, Farrar J, Adam Brooks M, Rousseau C, Betancourt TS. Mental health of refugee children and youth: Epidemiology, interventions and future directions. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:159-76.
- [7] Comité pour la santé des exilés. Rapports annuels. Le Kremlin-Bicêtre: Comede. <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>
- [8] Centre national de ressources et de résilience. Le TSPT chez l'enfant et l'adolescent. Lille: Cn2r. 2 p. <https://cn2r.fr/ressources/enfants-et-adolescents/>
- [9] Centre national de ressources et de résilience. Le TSPT chez l'enfant et l'adolescent. Comprendre le traumatisme complexe chez l'enfant et l'adolescent. Lille : Cn2r. 2 p. <https://cn2r.fr/ressources/enfants-et-adolescents/>
- [10] Sturm G, Tortelli A. Répondre aux besoins de santé mentale des demandeurs d'asile : une étude qualitative. *Les Cahiers du social*. 2023;(42):1-88. <https://www.france-terre-asile.org/toutes-nos-publications/details/1/285-repondre-aux-besoins-de-sante-mentale-des-demandeurs-d-asile-une-etude-qualitative>
- [11] Pfeiffer E, Behrendt M, Adeyinka S, Devlieger I, Rota M, Uzureau O, *et al*. Traumatic events, daily stressors and post-traumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: A longitudinal cross-country study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022;16(1):26.
- [12] Arakelyan S, Ager A. Annual research review: A multilevel bioecological analysis of factors influencing the mental health and psychosocial well-being of refugee children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021;62(5):484-509.
- [13] Mohwinkel LM, Nowak AC, Kasper A, Razum O. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(7):e022389.
- [14] Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry*. 2016;38:51-60.
- [15] Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):405-14. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017\\_19\\_20\\_5.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19_20_5.html)

[16] Hartung CM, Widiger TA. Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychol Bull.* 1998;123(3):260-78.

[17] Garb HN. Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clin Psychol Rev.* 2021;90:102087.

[18] Picolet É (dir.). Mineurs non accompagnés, enfants ou migrants ? Effets psychiques d'une catégorisation incertaine. *Orspere-Samdarra.* 2025;(94):14-5. <https://orspere-samdarra.com/2025/mineurs-non-accompagnes-enfants-ou-migrants-effets-psychiques-dune-categorisation-incertaine/>

[19] Salami B, Mogale S, Ojo F, Kariwo M, Thompson J, Okeke-Ihejirika P, *et al.* Health of African refugee children outside Africa: A scoping review. *J Pediatr Nurs.* 2021;61:199-206.

[20] Tsamakidis K, Tsipsios D, Ouranidis A, Mueller C, Schizas D, Terniotis C, *et al.* COVID-19 and its consequences on mental health (Review). *Exp Ther Med.* 2021;21(3):244.

[21] Scharpf F, Kaltenbach E, Nickerson A, Hecker T. A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2021;83:101930.

[22] Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet.* 2012;379(9812):266-82.

[23] Bloomfield MA, Yusuf FN, Srinivasan R, Kelleher I, Bell V, Pitman A. Trauma-informed care for adult survivors of developmental trauma with psychotic and dissociative symptoms: A systematic review of intervention studies. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(5):449-62.

#### Citer cet article

Petit M, Marseglia M, Rey S, Roux L, Veisse A. La santé mentale des jeunes exilés : vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les patients suivis au Comede entre 2015 et 2025. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(11):230-8. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026\\_11\\_2.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026_11_2.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0.* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



## INCIDENCE ET PROFIL DES CANCERS À WALLIS-ET-FUTUNA, 2020-2024

// INCIDENCE AND PROFILE OF CANCERS IN WALLIS-AND-FUTUNA, FRANCE, 2020-2024

Clément Couteaux<sup>1,3</sup> (clement.couteaux@adswf.fr), Claire Baizet<sup>1</sup>, Gaëlle Binan<sup>1</sup>, Hassiba Belabbas<sup>1</sup>, Laurent Madrias<sup>1</sup>, Monika Toa<sup>1</sup>, Valelia Uhila<sup>1</sup>, Nadia Leboulanger<sup>2,3</sup>, Marc Pracht<sup>2,3</sup>, Gloria Lutui<sup>1,3</sup>, Annick Laffitte<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Agence de santé de Wallis-et-Futuna, Mata'Utu, Wallis-et-Futuna

<sup>2</sup> Centre Eugène Marquis, Rennes

<sup>3</sup> Groupe Coordonnateur Unicancer Outre-Mer (UCOM)

Soumis le 11.11.2025 // Date of submission: 11.11.2025

### Résumé // Abstract

**Introduction** – Les cancers représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité. À Wallis-et-Futuna, où aucune donnée épidémiologique n'avait encore été publiée, nous avons réalisé une étude qui décrit l'incidence et la répartition des cancers diagnostiqués entre 2020 et 2024.

**Méthode** – Une analyse descriptive rétrospective a été réalisée à partir du fichier de recueil des cancers de l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna. Les cas enregistrés provenaient des dossiers médicaux, comptes rendus anatomopathologiques, certificats de décès et des registres des évacuations sanitaires. Les localisations tumorales étaient codées selon la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). Les taux standardisés monde (TSM) ont été estimés par la méthode directe, avec un intervalle de confiance (IC95%) calculé selon une distribution de Poisson.

**Résultats** – Entre 2020 et 2024, 218 cancers ont été enregistrés, dont 57% chez des femmes. L'âge médian au diagnostic était de 61 ans. Les cancers féminins les plus fréquents étaient ceux du sein avec un TSM à 103,8 pour 100 000 personnes-années (PA), du corps de l'utérus à 79,9 pour 100 000 PA et du col utérin à 34,7 pour 100 000 PA. Chez les hommes, la prostate à 45,0 pour 100 000 PA, le poumon à 39,2 pour 100 000 PA et le côlon à 18,7 pour 100 000 PA prédominaient.

**Conclusion** – Cette première analyse de surveillance met en évidence une incidence globale modérée, mais une surreprésentation des cancers gynécologiques. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la surveillance, la prévention et le dépistage dans un contexte de forte prévalence de l'obésité et des facteurs métaboliques à Wallis-et-Futuna.

**Introduction** – Cancers represent a major cause of morbidity and mortality. In Wallis-and-Futuna (France), where no epidemiological data had previously been published, we conducted a study describing the incidence and distribution of cancers diagnosed between 2020 and 2024.

**Methods** – A retrospective descriptive analysis was carried out using data from the cancer surveillance file maintained by the Wallis-and-Futuna Health Agency. Reported cases originated from medical records, pathology reports, death certificates, and medical evacuation registers. Tumor sites were coded according to the International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> revision (ICD-10). Age-standardized incidence rates (ASIR, world standard) were calculated using the direct method, with a 95% confidence interval (95%CI) based on a Poisson distribution.

**Results** – Between 2020 and 2024, 218 cancer cases were recorded, 57% of which occurred in women. The median age at diagnosis was 61 years. Among women, the most frequent cancers were breast (ASIR 103.8 per 100,000 person-years), corpus uteri (79.9 per 100,000 person-years), and cervix (34.7 per 100,000 person-years). Among men, prostate (45.0 per 100,000 person-years), lung (39.2 per 100,000 person-years), and colon (18.7 per 100,000 person-years) cancers predominated.

**Conclusion** – This first surveillance analysis highlights a moderate overall incidence but a marked overrepresentation of gynecological cancers. These findings underline the need to strengthen cancer surveillance, prevention, and early detection in the context of a high prevalence of obesity and metabolic risk factors in Wallis-and-Futuna.

**Mots-clés** : Cancers, Incidence, Surveillance, Wallis-et-Futuna

// **Keywords**: Cancers, Incidence, Surveillance, Wallis-and-Futuna

### Introduction

Les cancers représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde avec près

de 10 millions de décès en 2018. Les cancers les plus courants sont, chez l'homme, ceux du poumon, de la prostate, du côlon-rectum, de l'estomac et du foie. Chez les femmes, les cancers du sein, du



côlon-rectum, du poumon, du col de l'utérus et de la thyroïde sont les plus répandus<sup>1</sup>. En France hexagonale, les cancers constituent la première cause de mortalité avec près de 172 000 décès en 2023<sup>2</sup>. Les taux d'incidence des cancers, standardisés sur la population mondiale de référence (TSM) sont estimés à 355 cas pour 100 000 personnes-années (PA) chez les hommes et à 274 cas pour 100 000 PA chez les femmes<sup>3</sup>. Wallis-et-Futuna est une collectivité d'outre-mer, située dans le Pacifique sud, à environ 2 500 km de la Nouvelle-Calédonie, à l'ouest et à 3 500 km de la Polynésie française à l'est. Elle se compose de deux ensembles d'îles distincts, Wallis (Uvea) et les îles de Futuna et Alofi à 230 km au sud-ouest. La population du territoire s'élevait à 11 151 habitants en 2023, dont 8 088 habitants à Wallis et 3 063 à Futuna. La population est principalement de type polynésien<sup>4</sup>. L'Agence de santé du territoire Wallis-et-Futuna est le seul opérateur et régulateur de soins sur l'archipel, et définit également la politique de santé publique<sup>(1)</sup>. L'Agence de santé emploie 8,5 médecins généralistes, 4 urgentistes, 2 médecins internistes, 1 gynécologue, 1 chirurgien et 2 anesthésistes-réanimateurs, répartis entre les trois centres de santé de Wallis et les deux structures hospitalières de Wallis-et-Futuna. Le diagnostic des cancers à Wallis-et-Futuna repose sur les consultations médicales de premier recours et une offre spécialisée limitée sur le territoire. Les explorations s'appuient sur la biologie et l'imagerie disponibles localement, notamment échographie et scanner selon les indications. La confirmation diagnostique et la caractérisation histologique reposent principalement sur des examens anatomopathologiques réalisés hors territoire, principalement en Nouvelle-Calédonie et dans l'Hexagone. La prise en charge des cancers sur le territoire est limitée et nécessite une évacuation sanitaire dans la quasi-totalité des cas. Ainsi, près de 93% des patients sont évacués vers la Nouvelle-Calédonie, 6% vers l'Hexagone et 1% en Australie selon les registres d'évacuation sanitaire de l'Agence de santé. Seules les immunothérapies et chimiothérapies *per os* peuvent être assurées sur le territoire, de même qu'il n'y a pas de dépistage organisé des cancers du sein et colorectaux dans l'archipel.

La surveillance des cancers est assurée depuis 2020 par la mise en place d'un fichier de recueil, administré par les médecins de l'Agence de santé, les sage-femmes et la direction en charge de la santé publique. Néanmoins, l'absence de registre local, tel que le définit le réseau Francim des registres du cancer en France<sup>(2)</sup>, limite l'évaluation précise de la charge des cancers. Aucune donnée sur l'épidémiologie des cancers à Wallis-et-Futuna n'a été publiée à ce jour.

Une analyse des cas du fichier de recueil des cancers de l'Agence de santé de 2020 à 2024 a été

réalisée. Les objectifs étaient d'estimer les TSM des cancers, de dresser un panorama des cancers les plus incidents et de décrire les différences selon des variables démographiques à Wallis-et-Futuna entre 2020 et 2024.

## Méthode

Une analyse descriptive rétrospective a été réalisée à partir du fichier de recueil des cancers de l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna pour la période 2020-2024. Ce fichier constitue le dispositif local de surveillance des cancers. Il est alimenté de façon continue par les médecins des centres de soins de proximité, hospitaliers et par les agents de la direction de la santé publique en charge de la surveillance épidémiologique, à partir des données médicales disponibles dans le dossier patient informatisé, des comptes rendus anatomopathologiques et des informations issues du registre local des évacuations sanitaires. Les doublons sont systématiquement vérifiés et supprimés, mais l'application stricte des règles IARC (*International Agency for Research on Cancer*)<sup>(3)</sup> n'était pas toujours possible faute de codage de la Classification des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) et de données exhaustives.

Chaque enregistrement comprenait des données démographiques (âge, sexe, île de résidence et données cliniques, date du diagnostic, type de tumeur). Les localisations ont été codées selon la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). Les regroupements par localisation ont suivi la nomenclature du programme « *Cancer Incidence in Five Continents* »<sup>5</sup>, adaptée au codage CIM-10 à trois caractères. Les tumeurs de comportement incertain (D47-48) ont été exclues, les cancers du côlon et du rectum ont été regroupés sous le nom « cancers colorectaux » (C18-20), et les lymphomes, myélomes et leucémies ont été regroupés dans les « cancers hématologiques » (C82-85/92/96). Les inclusions dans le fichier reposaient principalement sur la présence d'un compte rendu d'anatomocytopathologie, complété par les informations du dossier médical, des certificats de décès et du registre des évacuations sanitaires. Ce recueil se rapproche d'un registre anatomopathologique. Les taux d'incidence standardisés monde (TSM) ont été estimés par sexe, île et localisation tumorale à partir du recensement général de la population de 2023<sup>4</sup>, qui constitue la source officielle de référence sur le territoire et sert de dénominateur pour les indicateurs de santé publique. Les données étaient disponibles par sexe et classes d'âge quinquennales, et la population mondiale de référence<sup>6</sup> a été utilisée pour la standardisation directe. Les intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés par approximation de Poisson pour 100 000 PA. Les proportions de cas de cancers par sexe ont été comparées par test du Chi2. L'exhaustivité du

<sup>(1)</sup> Préfecture des îles Wallis et Futuna. Les services de l'État et du Territoire à Wallis et Futuna – Agence de santé. 2025. <https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/Services-de-l-Etat-et-du-Territoire/Agence-de-sante>

<sup>(2)</sup> Réseau français des registres des cancers. Le réseau Francim, un acteur essentiel de la surveillance épidémiologique des cancers en France. Francim; 2021. <https://www.francim-reseau.org/>

<sup>(3)</sup> CIRC : Centre international de recherches sur le cancer.

recueil a été explorée par le calcul du ratio mortalité/incidence, à partir du nombre total de cas incidents et de décès par cancer sur la période 2020-2024 issus du dispositif local de surveillance des décès. L'ensemble des analyses a été réalisé sous R® version 4.3.1.

Ce travail s'inscrit dans le cadre des missions de surveillance épidémiologique de l'Agence de santé et n'a pas fait l'objet d'une demande de consentement individuel, les données étant analysées sous forme agrégée et anonymisée.

## Résultats

Entre 2020 et 2024, 218 nouveaux cancers ont été enregistrés à Wallis-et-Futuna. L'âge médian au diagnostic était de 61 ans (intervalle interquartile (IQR): [50-70]). La répartition par sexe montrait

une surreprésentation des cas féminins avec 57,3% (IC95%: [50,7-63,6]) contre 42,7% ([36,4-49,3]) de cas masculins (p=0,03). La majorité des cas résidaient à Wallis avec 69,5% des cas ([63,2-75,2]). Les principales localisations sont détaillées dans le tableau 1.

### Taux d'incidence spécifiques par classes d'âges

Avant 45 ans, les taux d'incidence spécifiques étaient plus élevés chez les femmes avec 161,3 pour 100 000 PA (IC95%: [106,3-234,7]), que chez les hommes avec 50,0 pour 100 000 PA ([21,6-98,4]). Entre 60 et 74 ans, les taux étaient comparables, avec 1 163,1 pour 100 000 PA ([851,5-1 551,4]) chez les femmes et 1 182,7 pour 100 000 PA ([862,6-1 582,5]) chez les hommes. Sur la période 2020-2024 le rapport mortalité/incidence était de 0,4 (tableau 2).

Tableau 1

### Données descriptives des cas de cancers, Wallis-et-Futuna, 2020-2024

Variables démographiques et cliniques	n=218	Part (%)
<b>Âge médian [IQR]</b>	218	61,0 [50,0-70,0]
<b>Sexe : Femme</b>	126	57,8%
<b>Île de résidence : Wallis</b>	152	69,7%
<b>Tumeurs par appareil</b>		
Tumeurs gynécologiques	98	45,0%
Tumeurs digestives	36	16,5%
Tumeurs urologiques	24	11,0%
Tumeurs thoraciques	22	10,1%
Cancers hématologiques	14	7,3%
Tumeurs cutanées	7	3,2%
Tumeurs endocrines	6	2,7%
Tumeurs ORL	5	2,3%
Tumeurs du système nerveux	3	1,4%
Tumeurs tissu conjonctif mou	2	0,9%
Tumeurs malignes de l'encéphale	1	0,5%
<b>Localisation (CIM-10)</b>		
C50 Sein	46	20,9%
C54 Corps de l'utérus	32	14,5%
C34 Bronches et poumons	22	10,0%
C61 Prostate	19	8,6%
C18/C20 Colorectal	17	7,7%
C53 Col de l'utérus	13	5,9%
C82-85/90/92 Hématologique	14	6,3%
C56 Ovaires	7	3,2%
C22 Foie et voies biliaires intrahépatiques	6	2,7%
C44 Peau	6	2,7%
C16 Estomac	5	2,3%
C25 Pancréas	5	2,3%
C71 Encéphale	4	1,8%
C73 Thyroïde	4	1,8%

IQR : intervalle interquartile ; CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision ; ORL : otorhinolaryngologie.

Tableau 2

**Taux d'incidence spécifique par classes d'âge et par sexe, Wallis-et-Futuna, 2020-2024**

Classe d'âge (ans)	Femme		Homme	
	Taux d'incidence/100 000 PA	IC95%	Taux d'incidence/100 000 PA	IC95%
0-44	161,3	[106,3-234,7]	50,0	[21,6-98,4]
45-59	621,7	[446,1-843,4]	434,0	[280,9-640,7]
60-74	1 163,1	[851,5-1 551,4]	1 182,7	[862,6-1 582,5]
75 et plus	774,2	[400,0-1 352,4]	1 198,5	[685,0-1 946,3]
Tout âge	436,9	[363,9-520,2]	349,2	[282,2-427,4]

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; PA : personne-année.

### Estimation des taux d'incidence des cancers, standardisés sur la population mondiale de référence

Les TSM d'incidence pour les femmes étaient de 311,0 pour 100 000 PA (IC95%: [253,1-368,8]) contre 231,4 pour 100 000 PA chez les hommes ([181,6-281,2]), ce qui constitue une différence significative ( $p=0,04$ ). Les TSM d'incidence à Wallis et à Futuna étaient comparables, avec 267,0 et 266,7 pour 100 000 PA ([221,7-312,3] et [198,6-334,7] respectivement).

### Principales localisations

Chez les femmes, les cancers les plus fréquents à Wallis-et-Futuna étaient ceux du sein avec des TSM à 103,8 pour 100 000 PA (IC95%: [72,7-135,0]), du corps de l'utérus avec 80,0 pour 100 000 PA ([51,3-108,6]), et du col de l'utérus avec 34,7 pour 100 000 PA ([13,7-55,7]). Venaient ensuite les tumeurs malignes de l'ovaire avec 25,3 pour 100 000 PA ([5,1-45,6]) et du côlon-rectum avec 11,8 pour 100 000 PA ([2,3-21,2]).

Chez les hommes, les principales localisations étaient la prostate avec 45,0 pour 100 000 PA ([23,0-67,1]), le poumon et les bronches avec 39,2 pour 100 000 PA ([20,0-58,4]), et le côlon avec 26,9 pour 100 000 PA ([10,7-43,1]). Les tumeurs du foie et des voies biliaires intrahépatiques ont été estimées à 12,9 pour 100 000 PA ([1,4-24,4]) (tableau 3).

### Âge médian au diagnostic

L'âge médian au diagnostic, toutes localisations confondues, était de 61 ans et s'étendait de 36 ans à 70 ans selon le type de cancer, parmi les neuf cancers les plus incidents sur le territoire (figure). Les cancers les plus précoces concernaient les tumeurs malignes de l'ovaire avec un âge médian de 36 ans (IQR: [24-42]) et les cancers du col de l'utérus avec un âge médian de 54 ans [45-64]. L'âge médian des cancers du corps de l'utérus s'élevait à 56 ans [44-64]. Les âges médians étaient intermédiaires, de 58 ans [48-68] pour les tumeurs du foie et des voies biliaires intrahépatiques, 62 ans [55-70] pour les cancers colorectaux et 61 ans [53-67] pour les cancers du sein. Les localisations les plus tardives au diagnostic concernaient les cancers bronchiques, avec un âge médian de 65 ans [54-74], et de la prostate, avec un âge médian de 70 ans [65-77].

### Discussion

Cette analyse descriptive des cancers à Wallis-et-Futuna entre 2020 et 2024 met en évidence un TSM global de 311 pour 100 000 personnes-années chez les femmes, soit près de 15% de plus que dans l'Hexagone. Chez l'homme, en revanche, le TSM s'élève à 231 pour 100 000 PA, soit 54% de moins que dans l'Hexagone<sup>3</sup>. Les cancers les plus fréquents chez les femmes sont ceux du sein, avec un TSM à 103,8 pour 100 000 PA, du corps de l'utérus avec 80,0 pour 100 000 PA et du col de l'utérus avec 34,7 pour 100 000 PA. Chez les hommes, prédominent les cancers de la prostate avec 45,0 pour 100 000 PA, des bronches et du poumon avec 39,2 pour 100 000 PA, et du côlon avec 18,7 pour 100 000 PA. Toutefois, les effectifs étant limités, les intervalles de confiance sont parfois larges, les comparaisons doivent donc être interprétées avec prudence. L'âge médian au diagnostic, toutes localisations confondues, est de 61 ans, mais il varie considérablement selon le site tumoral : de 36 ans pour les cancers de l'ovaire à 70 ans pour ceux de la prostate.

Un résultat marquant est la surincidence apparente des cancers gynécologiques, notamment du corps, du col de l'utérus et de l'ovaire, dont les TSM sont respectivement de 79,9, 34,7 et 25,3 pour 100 000 PA. Ces valeurs sont près de huit, six et quatre fois supérieures à celles rapportées dans l'Hexagone<sup>3</sup>. Ces surincidences se retrouvent également en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, mais avec des écarts très inférieurs sur les périodes 2015-2021<sup>7,8</sup>. Ces dernières pourraient être expliquées par la surreprésentation des cancers de type endométrioïde sur l'ovaire ou sur l'utérus (cancer de l'endomètre hormono-dépendant) déjà mise en évidence à Wallis-et-Futuna<sup>9</sup>. Elles pourraient aussi refléter la forte prévalence des facteurs de risque comportementaux déjà mis en lumière par l'enquête Steps de 2019 où l'obésité/surpoids et le diabète de type 2 étaient à respectivement 90% et 15% chez les adultes<sup>10</sup>. L'obésité est un facteur de risque reconnu de cancers hormono-dépendants<sup>11</sup>. En effet, l'aromatase induit une hyperœstrogénie<sup>12</sup>. Or, même si aucune donnée publiée sur les obésités de type androïde constatées à Wallis-et-Futuna n'a été faite, ce type d'obésité a été mis en évidence sur les populations d'origine polynésienne<sup>13</sup>. Une étude récente pointe, du reste, une réduction du risque de cancer, notamment de l'endomètre, pour les patients

Tableau 3

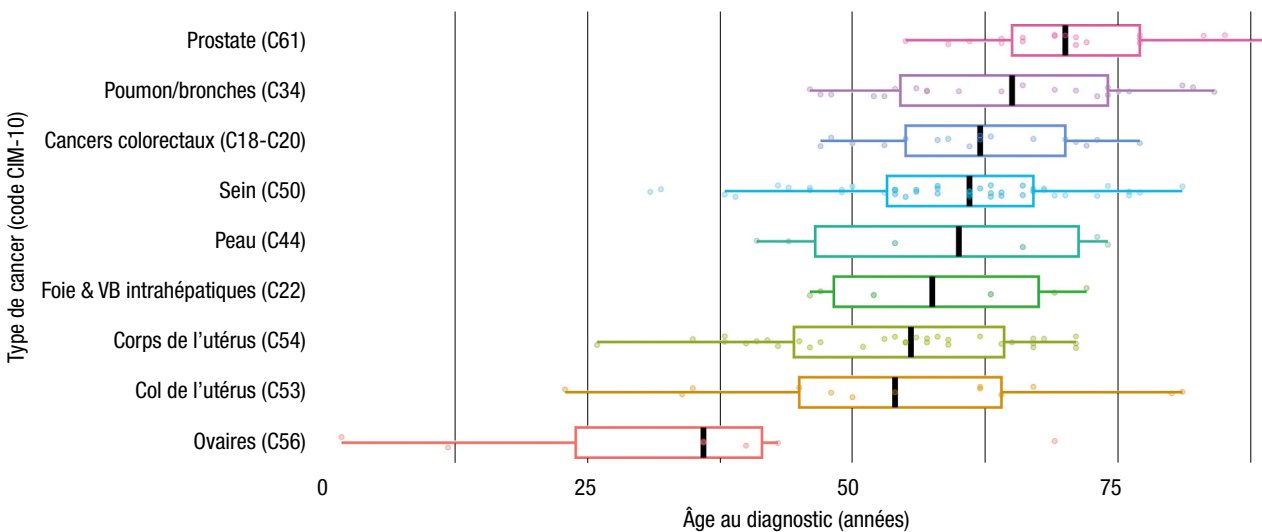
## Distribution des TSM des cancers par type et sexe à Wallis-et-Futuna, 2020-2024

Type de cancer	Femme		Homme	
	TSM/100 000 PA	IC95%	TSM/100 000 PA	IC95%
C50 Cancer du sein	103,8	[72,7-135,0]	2,6	[0,0-7,6]
C54 Cancer du corps de l'utérus	80,0	[51,3-108,6]		
C53 Cancer du col de l'utérus	34,7	[13,7-55,7]		
C56 Cancer de l'ovaire	25,4	[5,1-45,6]		
C18/C20 Cancers colorectaux	11,8	[2,3-21,2]	26,9	[10,7-43,1]
C82-C85/C90/C92 Cancers hématologiques	11,6	[0,0-25,8]	22,6	[7,8-37,3]
C73 Cancer de la thyroïde	8,6	[0,0-18,4]	2,6	[0,0-7,61]
C34 Cancer du poumon et des bronches	7,6	[0,7-14,4]	39,2	[20,0-58,4]
C16 Cancer de l'estomac	7,4	[0,0-15,7]	3,6	[0,0-8,9]
C74/C75 Cancers endocriniens	5,4	[0,0-13,0]		
C25 Cancer du pancréas	2,8	[0,0-8,4]	11,5	[0,5-22,5]
C71 Cancer de l'encéphale	2,7	[0,0-7,9]	6,8	[0,0-14,5]
C11 Cancer du rhinopharynx	2,4	[0,0-7,1]	2,3	[0,0-6,9]
C22 Cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques	2,4	[0,0-7,1]	12,9	[1,4-24,4]
C61 Cancer de la prostate			45,0	[23,0-67,1]
C49 Sarcome des tissus mous			10,9	[0,0-26,6]
C67 Cancer de la vessie			7,0	[0,0-17,6]
C64 Cancer du rein			6,0	[0,0-14,8]
C62 Cancer du testicule			2,6	[0,0-7,6]
C10.9 Cancer de l'oropharynx			2,4	[0,0-7,0]
C17 Cancer du duodénum			2,4	[0,0-7,0]
C37 Cancer du thymus			2,3	[0,0-6,9]
C43 Mélanome malin de la peau			2,0	[0,0-5,9]
C02 Cancer de la langue			2,0	[0,0-5,9]
Tous cancers	311,0	[253,1-368,8]	231,4	[181,6-281,2]

TSM : taux standardisés monde ; PA : personne-année ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure

## Âge médian au diagnostic des principaux cancers, Wallis-et-Futuna, 2020-2024



CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision ; VB : voies biliaires.

sous agoniste du récepteur au GLP-1, utilisé pour le contrôle du diabète de type 2 et de l'obésité<sup>14</sup>. D'autres facteurs, associés à un état d'hyperœstrogénie, comme le syndrome des ovaires polykystiques ou la nulliparité pourraient expliquer cette surreprésentation<sup>15,16</sup>.

À Wallis-et-Futuna, 50% des cancers de l'ovaire surviennent avant 36 ans, et 25% des cancers du corps de l'utérus avant 44 ans, et pourraient avoir un impact sur la fertilité. Compte tenu du continuum évolutif, de l'hyperplasie simple au carcinome *in situ*, puis au cancer invasif, un dépistage plus précoce et la détection des lésions précancéreuses pourraient prévenir une part évitable de ces cancers gynécologiques. Ce constat souligne l'urgence de renforcer la prévention primaire et secondaire : lutte contre l'obésité, prise en charge précoce des troubles des règles, dépistage des anomalies de l'endomètre, notamment par le repérage des hyperplasies endométriales. La prise en charge précoce de l'hyperœstrogénie, de l'hyperandrogénie et le repérage précoce seraient également des leviers d'action pour corriger l'imprégnation hormonale du tissu endométrial. L'amélioration de la sensibilisation aux cancers gynécologiques par le biais de « Septembre turquoise » apparaît aussi pertinente, tout comme le renforcement de la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) pour la prévention du cancer du col de l'utérus<sup>17</sup>.

À l'inverse, la relative sous-représentation du cancer de la prostate – 45 pour 100 000 PA à Wallis-et-Futuna contre 90 pour 100 000 PA dans l'Hexagone<sup>3</sup>, et respectivement 68 et 78 pour 100 000 PA en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française<sup>7,8</sup> – pourrait traduire un biais de recueil et/ou un sous-diagnostic. D'une part, il n'existe pas de dépistage organisé ni de suivi urologique régulier, ce qui réduit la probabilité de détecter des formes asymptomatiques. D'autre part, le système de surveillance, reposant sur les signalements médicaux et les évacuations sanitaires, pourrait ne pas capter l'ensemble des diagnostics : les patients pris en charge hors territoire peuvent ne pas être systématiquement réintégrés dans le fichier local. Enfin, des facteurs comportementaux, comme la réticence masculine à consulter, peut également contribuer à cette sous-estimation, comme cela a déjà été mis en évidence dans des populations du Pacifique<sup>18</sup>. Ces éléments plaident pour une interprétation prudente des TSM masculins et pour le développement d'un registre plus exhaustif, qui pourrait intégrer les données hospitalières de Nouvelle-Calédonie et de l'Hexagone des patients évacués. Cette sous-incidence apparente du cancer de la prostate pourrait traduire, au moins en partie, un surdiagnostic dans les pays où le recours au dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) à visée diagnostique ou de dépistage est fréquent<sup>19</sup>.

Cette étude présente également d'autres limites. Tout d'abord, l'effectif global du nombre de cas de cancers sur la période 2020-2024 reste limité avec seulement 218 cas, ce qui induit une incertitude importante sur les estimations par localisation. L'absence de registre évalué limite la qualité des données, de plus

les codages nosologiques ont été réalisés en CIM-10 et non en CIM-O-3 qui inclut la topographie et la morphologie. Ce choix peut induire une moins bonne distinction des sous-types histologiques avec des risques de confusion entre cancer primitif et métastatique pour certaines topographies et des limitations pour les analyses par histologie ou grade. Néanmoins, la CIM-10 reste pertinente pour estimer l'incidence par site et comparer des TSM globaux, dans la mesure où ces codages s'appuient sur les comptes rendus d'anatomo-cytopathologies. À l'avenir, l'adoption de la CIM-O-3, intégrée dans des outils dédiés tels que CanReg5<sup>®</sup> ou Voozano<sup>®(4)(5)</sup>, système de recueil et de gestion de données déjà utilisé à l'Agence de santé, permettrait d'améliorer la qualité des données.

Notre recueil, reposant principalement sur des comptes rendus histologiques, certains cancers sans confirmation histologique pourraient être sous-représentés. De plus, certaines distinctions entre cancer primitif multiple et récidive n'ont pas toujours pu être appliquées, pouvant entraîner une légère sous- ou surestimation de certaines localisations.

Enfin, la non-prise en compte du stade au diagnostic ne permet pas d'évaluer le retard diagnostique potentiel.

Cette étude constitue la première description épidémiologique globale des cancers à Wallis-et-Futuna. La méthode de standardisation directe permet une comparaison avec l'Hexagone et les territoires voisins. L'analyse de l'âge médian par localisation apporte une lecture fine du profil d'âge des patients, utile pour la planification du dépistage et de la prise en charge. Enfin, ce travail met en lumière l'intérêt d'un système local de surveillance épidémiologique au sein d'un territoire insulaire isolé.

Ces résultats encouragent la mise en place d'un registre des cancers structuré selon les standards du réseau Francim ou du Centre international de recherche sur le cancer<sup>(2)(20)</sup>, ce qui permettrait d'améliorer la qualité des données, de suivre les tendances temporelles et d'évaluer la survie des patients.

La lutte contre l'obésité doit rester un axe majeur de prévention, compte tenu du lien entre syndrome métabolique et cancers hormono-dépendants. Les résultats de l'enquête en milieu scolaire de 2023 chez les adolescents de Wallis-et-Futuna, montrant une progression du surpoids/obésité de 63 à 69% en 8 ans, devraient renforcer l'urgence d'actions précoces en milieu scolaire et communautaire, dans un contexte où les pays et territoires insulaires du Pacifique ont connu une transition alimentaire dominée par la consommation d'aliments transformés<sup>21</sup>. Certains perturbateurs endocriniens,

<sup>(2)</sup> Réseau français des registres des cancers. Le réseau Francim, un acteur essentiel de la surveillance épidémiologique des cancers en France. Francim; 2021. <https://www.francim-reseau.org/>

<sup>(4)</sup> Epiconcept. Le socle technique Epiconcept Voozano et Epicraft. <https://www.epiconcept.fr/projets-sur-mesure/socle-technique-voozano-epicraft/>

<sup>(5)</sup> International Agency for Research on Cancer. CanReg5. [http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9:canreg5&catid=68&Itemid=445](http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=9:canreg5&catid=68&Itemid=445)



dont le lien avec certains cancers gynécologiques est connu ou plausible, pourraient aussi faire l'objet d'études étiologiques approfondies<sup>22,23</sup>. En complément, la mise en place d'un partenariat en oncologie avec le Centre Eugène Marquis (Rennes) et la clinique Kuindo-Magnin (Nouvelle-Calédonie) facilitera la mise en place des chimiothérapies sur le territoire, ainsi que la coordination de la prise en charge des patients hors territoire. Des travaux de recherche étiologique focalisés sur les cancers de l'endomètre et incluant Wallis-et-Futuna sont en cours d'élaboration.

## Conclusion

Cette analyse de la surveillance des cancers à Wallis-et-Futuna met en évidence une incidence globale modérée, mais une surreprésentation marquée des cancers gynécologiques, survenant plus précocement, dans un contexte d'obésité très prévalente. Elle pointe aussi une probable sous-détection du cancer de la prostate. La mise en place d'un registre conforme aux standards, couplée à un renforcement de la prévention contre l'obésité et à un suivi gynécologique systématique, constitue une priorité de santé publique pour tenter de limiter l'incidence des cancers sur le territoire. ■

## Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

## Références

- [1] World Health Organization. Cancer. Geneva: WHO; 2025. [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)
- [2] Fouillet A, Aubineau Y, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(13):218-43. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025\\_13\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025_13_1.html)
- [3] Lapôte-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. [https://beh.sante.publiquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023\\_12-13\\_1.html](https://beh.sante.publiquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html)
- [4] Service territorial de la statistique et des études économiques. Recensement général de la population. STSEE; 2023. <https://www.statistique.wf/recensements-et-enquetes/recensement-general-de-la-population/>
- [5] World Health Organization. Cancer incidence in five continents. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2025. <https://ci5.iarc.fr/>
- [6] Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Enregistrement des cancers : principes et méthodes. Lyon: Centre international de recherche sur le cancer; 1996. 217 p. <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Enregistrement-Des-Cancers-Principes-Et-M%C3%A9thodes-1996>
- [7] Institut du cancer de Polynésie française. Incidence des cancers en Polynésie française : données d'incidence 2015-2019. Rétrospective depuis 1985. Papeete: ICPF; 2024. 112 p.
- [8] Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Les chiffres du cancer en Nouvelle-Calédonie. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie; 2021. [https://gouvnc-dass.shinyapps.io/cancers\\_nc/](https://gouvnc-dass.shinyapps.io/cancers_nc/)
- [9] Labeau T, Epailard N, Couteaux C, Laffitte A, Pracht M, Mehdi JL, *et al.* Differences in clinical pathological features

and outcomes in endometrial carcinoma (EC) population in French overseas: A retrospective study from Martinique, French polynesia (FP) and Wallis-and-Futuna (WF). *Int J Gynecol Cancer.* 2024;(34 Suppl 1):A165-A166.

- [10] Agence de santé des îles Wallis et Futuna. Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles Steps 2019. Wallis-et-Futuna: Agence de santé; 2020. 156 p. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/wallis-and-futuna/wallis\\_futuna\\_steps\\_2019\\_report\\_print.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/wallis-and-futuna/wallis_futuna_steps_2019_report_print.pdf)
  - [11] Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K, *et al.* Body fatness and cancer: Viewpoint of the IARC working group. *N Engl J Med.* 2016;375(8):794-810.
  - [12] Kuryłowicz A. Estrogens in adipose tissue physiology and obesity-related dysfunction. *Biomedicines.* 2023;11(3):690.
  - [13] Slater J, Kruger R, Douwes J, O'Brien WJ, Corbin M, Miles-Chan JL, *et al.* Objectively measured physical activity is associated with body composition and metabolic profiles of Pacific and New Zealand european women with different metabolic disease risks. *Front Physiol.* 2021;12:684782.
  - [14] Dai H, Li Y, Lee YA, Lu Y, George TJ, Donahoo WT, *et al.* GLP-1 receptor agonists and cancer risk in adults with obesity. *JAMA Oncol.* 2025;11(10):1186-93.
  - [15] Bassette E, Ducie JA. Endometrial cancer in reproductive-aged females: Etiology and pathogenesis. *Biomedicines.* 2024;12(4):886.
  - [16] Frandsen CLB, Gottschau M, Nøhr B, Viuff JH, Maltesen T, Kjær SK, *et al.* Polycystic ovary syndrome and endometrial cancer risk: Results from a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol.* 2024;193(10):1399-406.
  - [17] González-Rodríguez JC, Cruz-Valdez A, Madrid-Marina V. Cervical cancer prevention by vaccination: Review. *Front Oncol.* 2024;14:1386167.
  - [18] Matti B, Lyndon M, Zargar-Shoshtari K. Ethnic and socio-economic disparities in prostate cancer screening: Lessons from New Zealand. *BJU Int.* 2021;128(S3):11-7.
  - [19] Dushimova Z, Iztileuov Y, Chingayeva G, Shepetov A, Mustapayeva N, Shatkovskaya O, *et al.* Overdiagnosis and overtreatment in prostate cancer. *Diseases.* 2025;13(6):167.
  - [20] World Health Organization. The global initiative for cancer registry development. Geneva: WHO; 2023. <https://gicr.iarc.fr/hub/pacific-islands/>
  - [21] Sievert K, Lawrence M, Naika A, Baker P. Processed foods and nutrition transition in the Pacific: Regional trends, patterns and food system drivers. *Nutrients.* 2019;11(6):1328.
  - [22] D'Oria O, Besharat AR, Caserta D. Endocrine disruptor chemicals in gynecologic oncology: A focus on endometrial cancer. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2024;51(8):182.
  - [23] Filippone A, Rossi C, Rossi MM, Di Micco A, Maggiore C, Forcina L, *et al.* Endocrine disruptors in food, estrobolome and breast cancer. *J Clin Med.* 2023;12(9):3158.
- Citer cet article
- Couteaux C, Baizet C, Binan G, Belabbas H, Madrias L, Toa M, *et al.* Incidence et profil des cancers à Wallis-et-Futuna, 2020-2024. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(11):239-45. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026\\_11\\_3.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026_11_3.html)
- Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

