

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 discriminations¹.

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^{2,3}. Ceux-ci présentent un risque accru de développer des troubles psychiques tels que les psychotraumatismes, la dépression, les troubles anxieux¹, par rapport aux populations des pays d'accueil⁴.

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 psychique³. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère qu'un adolescent sur 7 souffre d'un trouble psychique⁵. 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^{4,6}.

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'exilés⁷. 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^e 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 traumatismes complexes avec un ratio trauma complexe/ESPT de 1/10.

Le taux de prévalence des syndromes psychotraumatiques (ESPT et traumatismes 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

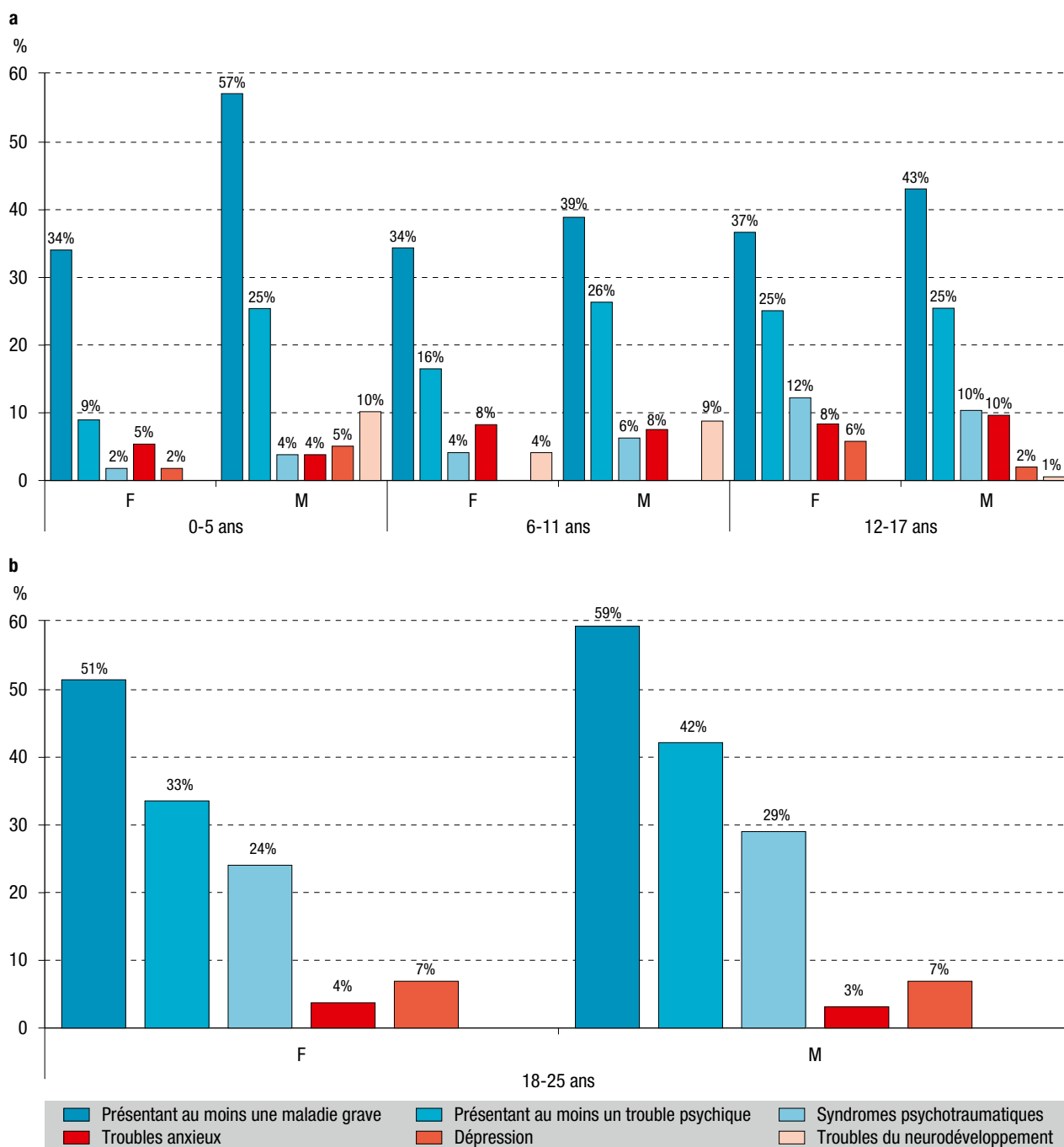
Comparaison entre les mineurs accompagnés et non accompagnés suivis au Comede entre 2015 et 2025 (n=2 274)

	Mineurs accompagnés	Mineurs non accompagnés	Total	p-value
Effectifs	638	358	996	
Catégorie d'âge				
0-5 ans	21%		14%	0,001
6-11 ans	23%	1%	15%	
12-17 ans	55%	99%	71%	
Sexe				
Fille	36%	15%	29%	0,001
Garçon	64%	85%	71%	
Région d'origine				
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%	
Caraïbes	18%	6%	14%	
Europe de l'Est	9%		6%	
Autres	9%	1%	6%	
Pathologies				
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
Critères de vulnérabilité sociale				
Effectifs	448	290	738	
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
Violences				
Effectifs	276	160	436	
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 différent.

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	%				
Effectifs	728	32,0	2 274			
Données démographiques						
Catégorie d'âge						
0-11 ans	58	20,1	288	<0,001	Ref.	-
12-17 ans	176	26,0	677		1,24	[0,95-1,61]
18-25 ans	491	38,4	1 278		1,91	[1,50-2,43]
Sexe						
Féminin	236	28,7	823	0,01	Ref.	-
Masculin	492	33,9	1 451		1,18	[1,04-1,35]
Région d'origine						
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]
Vulnérabilité sociale						
Bénéficiaire d'une protection internationale						
Oui	128	53,8	238	<0,001	2,24	[1,98-2,53]
Non	599	38,7	1 546		Ref.	-
Problème ou absence d'hébergement						
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			
Isolement social						
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			
Détresse sociale						
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			
Type d'hébergement						
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	%				
Effectifs		612	50,6	1 208			
Violences subies	Victimes	481	64,6	745	<0,001	2,28	[1,96-2,67]
	Non victimes	131	28,3	463		Ref.	-
Victimes de violences de genre	Victimes	225	44,8	344	<0,001	1,46	[1,31-1,62]
	Non victimes	387	76,0	864		Ref.	-
Torture	Victimes	127	46,6	167	<0,001	1,63	[1,47-1,82]
	Non victimes	485	77,6	1 041		Ref.	-
Privation de liberté	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 précaires³. 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.)⁸⁻¹⁰.

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 pays¹¹⁻¹⁴. 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^{11-13,15}. 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^{16,17}.

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^{14,18}. L'isolement relationnel est également liée aux troubles psychiques, ce qui est étayé par plusieurs études^{19,20}.

Enfin, alors que l'allophonie est présentée par plusieurs publications comme un facteur de risque^{3,12}, 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 Comede¹⁵. Chez les enfants et les jeunes adultes, le rattachement entre violence et troubles psychiques est presque systématiquement évalué^{11,21,22}. 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 adultes¹⁵. 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 adulte²³.

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 mentale¹¹.

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 parents¹², la scolarisation en France³, être témoin de violences^{11,22}, la composition familiale pour les enfants accompagnés (nombre de frères et sœurs, nombre de parents)^{14,22}, 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

[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, Tsiftis 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

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.



ERRATUM // Erratum

Une erreur s'est glissée dans le **BEH n°11 du 5 mai 2026**.

Dans l'article de Mathilde Petit et coll. **La santé mentale des jeunes exilés : vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les patients suivis au Comede entre 2015 et 2025**, dans le tableau 3 p. 236, certains chiffres sont erronés et ont été inversés dans la colonne « % ».

Voici en gras, les valeurs correctes :

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 médico-psychologiques au Comede entre 2015 et 2025 (n=1 208)

		Troubles psychiques		Total	p-value	Ratio de prévalence	IC95%
		Oui	%				
Effectifs		612	50,7	1 208			
Violences subies	Victimes	481	64,6	745	<0,001	2,28	[1,96-2,67]
	Non-victimes	131	28,3	463		Ref.	-
Victimes de violences de genre	Victimes	225	65,4	344	<0,001	1,46	[1,31-1,62]
	Non-victimes	387	44,8	864		Ref.	-
Torture	Victimes	127	76,0	167	<0,001	1,63	[1,47-1,82]
	Non-victimes	485	46,6	1 041		Ref.	-
Privation de liberté	Victimes	142	77,6	183	<0,001	1,69	[1,53-1,87]
	Non-victimes	470	45,9	1 025		Ref.	-

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