La prise en charge psychologique des enfants de djihadistes : modalités et enjeux

Maurween Veyret-Morau, Alessandra Mapelli, Anaelle Klein, Dalila Rezzoug, Thierry Baubet

▶ **To cite this version:**

Maurween Veyret-Morau, Alessandra Mapelli, Anaelle Klein, Dalila Rezzoug, Thierry Baubet. La prise en charge psychologique des enfants de djihadistes : modalités et enjeux. Soins Pédiatrie/Puériculture, 2021, 42 (318), pp.19-23. 10.1016/j.spp.2020.12.007 . hal-03949970

HAL Id: hal-03949970

https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-03949970

Submitted on 22 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1259479220301723
Manuscript_21abeb30aadc9e9f96144575eb3fb044

Dochead dossier

Sous-dochead Enfance et radicalisation

Surtitre retour d'expérience

La prise en charge psychologique des enfants de djihadistes : modalités et enjeux

Maurween Veyret-Morau[a,*]

Psychologue

Alessandra Mapelli[a]

Psychologue

Anaelle Klein[a]

Pédopsychiatre

Dalila Rezzoug[a,b]

Pédopsychiatre

Thierry Baubet[a,b]

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

[a] Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie, Université Sorbonne-Paris-Nord, Hôpital Avicenne, AP-HP, 125 rue de Stalingrad, 93000 Bobigny, France

[b] Centre national de ressources et de résilience, 103 boulevard de la Liberté, 59000 Lille, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : maurween@gmail.com (M. Veyret-Morau).

Résumé

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Depuis mars 2017, les mineurs de retour de zone d'opérations de groupements terroristes bénéficient d'une évaluation médico-psychologique par des centres référents répartis sur le territoire français. À l'hôpital Avicenne (Bobigny, AP-HP), une équipe évalue les enfants de djihadistes qui atterrissent à l'aéroport Roissy-Charles-de-Gaulle. Cette évaluation soulève des questions cliniques inédites et confronte les professionnels à des défis liés à l'histoire de ces enfants et au contexte de leur retour.

© 2021

Mots clés – enfant de retour de zone ; évaluation psychologique ; psychotraumatisme ; symptomatologie ; terrorisme

Summary ***à venir***

© 2021

Keywords ***à venir et à lister par ordre alphabétique***

Un dispositif interministériel définissant la prise en charge des mineurs qui rentrent de zone d'opérations de groupements terroristes a vu le jour en mars 2017 [1]. Depuis trois ans, notre service de pédopsychiatrie à l'hôpital Avicenne de Bobigny (93) est ainsi chargé de l'évaluation pédopsychiatrique des enfants qui atterrissent à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle [2]. Parmi les centres référents[1], notre service est celui qui a reçu le plus grand nombre de mineurs. À ce jour, notre travail met en lumière des présentations cliniques variables chez ces enfants, dont le diagnostic et la prise en charge s'avèrent difficiles.
La coordination avec les différents acteurs nous laisse également entrevoir la complexité des enjeux contre-transférentiels et interinstitutionnels de la prise en charge psychologique de ces enfants.

T1 Le profil des enfants

À ce jour, nous avons rencontré 75 enfants. Deux tiers d'entre eux sont nés en France et un tiers sur zone d'opérations de l'État islamique ou d'Al-Qaida. Leur âge à l'arrivée en France allait de quelques semaines à seize ans et demi. La moitié avait moins de 6 ans, 15 % avaient plus de 12 ans.

Les profils des enfants sont multiples. La plupart des orphelins sont rapatriés à l'aéroport militaire de Villacoublay et pris en charge par le centre référent des Yvelines à l'hôpital de Versailles. À Avicenne, nous accueillons des enfants le plus souvent rapatriés avec leur mère,

le père étant décédé ou présumé décédé. Un plus petit nombre est rentré avec les deux parents ou seul lorsque le parent survivant est incarcéré sur zone. La majorité des enfants arrive en fratrie, parfois nombreuse, ce qui pose des difficultés de prise en charge par les services d'assistance éducative. Une autre distinction se fait entre les enfants nés en France, et les enfants nés sur zone qui n'ont jamais connu la France. Enfin, le temps passé sur zone semble avoir un impact important sur leur état psychique et physique.

T1 Un contexte d'évaluation particulier

TEG1 Lorsque les enfants arrivent à l'aéroport, l'instruction interministérielle prévoit qu'ils soient systématiquement séparés de leur(s) parent(s) qui est (sont) emmené(s) en garde à vue puis généralement en détention préventive. Les enfants sont alors placés pour la plupart en famille d'accueil par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) de Seine-Saint-Denis. Nous les rencontrons dans les jours qui suivent, accompagnés de leur assistant familial et de leur fratrie, afin d'organiser des consultations individuelles hebdomadaires pendant trois à six mois. À la fin de l'évaluation, nos préconisations de soins sont transmises aux autres professionnels dans le respect des règles du secret médical.

TEG1 Parallèlement à l'évaluation pédopsychiatrique à Avicenne, les enfants bénéficient d'une prise en charge pédiatrique à l'hôpital Jean-Verdier de Bondy (Seine-Saint-Denis, AP-HP). Rapidement après leur arrivée en France, ils y réalisent une demi-journée d'hospitalisation au cours de laquelle ils sont examinés, reçoivent leurs premiers vaccins et un carnet de santé. Ils ont ensuite des rendez-vous trimestriels de suivi. La coordination entre nos services permet d'échanger les rares éléments d'anamnèse[2] dont nous disposons et de partager nos préoccupations respectives.

T1 Les limites d'un diagnostic sans anamnèse

TEG1 Au début de la prise en charge, nous disposons de très peu d'informations concernant l'enfant. Travailler sans anamnèse représente un des premiers défis de l'évaluation et du diagnostic. Il est en effet difficile de mesurer la détresse psychique des enfants sans pouvoir discriminer les symptômes durables ou réactionnels liés à un ou des événements traumatiques des symptômes plus structurels [3]. Nous basons donc notre travail d'exploration clinique sur nos observations en consultation et sur ce que l'assistant familial peut nous dire de l'enfant dans son quotidien.

TEG1 Ces éléments sont complétés par ce que les services de l'ASE et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), mandatés par le juge des enfants, vont réunir lors de leurs rencontres avec les parents et la famille élargie, par ce que l'enfant peut nous raconter de

son passé ou plus tard par ce que les mères nous transmettent. L'histoire de l'enfant se dessine ainsi progressivement.

T1 Les outils d'évaluation

TEG1 Nos observations cliniques, éclairées par les éléments fournis par les autres professionnels, peuvent en principe être complétées par des outils diagnostiques. Pour évaluer le retrait relationnel chez le tout-petit, nous avons choisi d'utiliser l'échelle de l'Alarme détresse bébé [4]. Pour évaluer le développement, nous utilisons des items de l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance Brunet-Lézine [5] et du test du Denver [6].

TEG1 En revanche, la plupart des échelles ou questionnaires de psychopathologie générale mesurent l'aspect réactionnel des troubles et nécessitent donc une connaissance de l'histoire des enfants. Ils explorent l'anamnèse et recherchent les antécédents d'exposition traumatique en comparant l'état psychique de l'enfant avant et après les événements potentiellement traumatiques. Nous n'utilisons donc que certains items du *Diagnostic Infant and Preschool Assessment* [7] ou du questionnaire *Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* [8] pour poser un diagnostic selon les classifications en vigueur.

TEG1 Nous parvenons ainsi à des hypothèses diagnostiques plutôt qu'à des résultats cotés et quantitatifs exploitables. Par ailleurs, nous utilisons la sémiologie du DSM-5 [9] ou de la CIM-10 [10] pour les enfants de plus de 6 ans, et celle de la CD:0-5 [11] pour les enfants de 5 ans et moins.

T1 La symptomatologie et le trauma

TEG1 Sans accès aux événements traumatiques du parcours des enfants, nous faisons souvent dans un premier temps l'hypothèse d'un trouble de l'adaptation [10], lié aux séparations récentes avec les figures d'attachement, au placement et au choc culturel. La majorité des enfants n'ont en effet jamais été séparés de leur mère et de leur fratrie. Certains ont vécu longtemps dans des pays de culture proche- ou moyen-orientale ou encore africaine, d'autres n'ont jamais connu la France. La langue française peut aussi être une découverte pour certains. Tous ces changements soudains bouleversent la vie des enfants et leur demandent de grandes capacités d'adaptation.

TEG1 D'autre part, leur présentation clinique à leur arrivée et dans les premiers mois est variable et fluctuante. Elle est variable car certains enfants ont une présentation très lisse *(figure 1),* peu symptomatique et hyperadaptée, ce qui n'exclut pas l'apparition ultérieure de

symptômes, tandis que d'autres ont au contraire une symptomatologie bruyante où s'exprime une détresse sans filtre. Le tableau clinique fluctue aussi en fonction des événements de vie chez l'enfant : parloirs en prison avec le(s) parent(s), rencontres avec la famille élargie, changements de lieu d'accueil, entrée à l'école, etc.

TEG1 **Au fur et à mesure que des éléments d'anamnèse nous parviennent,** nous découvrons la place de la violence et des ruptures dans la vie des enfants. Ils peuvent avoir été témoins d'exactions, victimes de la faim, de bombardements, d'emprisonnements multiples *(figure 2),* de fuites à répétition, victimes et/ou témoins de violences sexuelles ou psychiques. De plus, ils sont séparés de leur(s) parent(s) et souvent de leur fratrie à leur arrivée en France. Des signes de détresse sont donc fréquents : pleurs inconsolables, agitation psychomotrice, dysrégulation émotionnelle, inhibition dans le jeu, retrait relationnel, régression ou retard développemental, etc. Leur tableau clinique peut révéler des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux et/ou dépressifs, des troubles du langage ou des troubles psychomoteurs.

TEG1 **Nous faisons aussi face à des symptômes plus caractérisés du psychotrauma** [9] : cauchemars traumatiques, jeux traumatiques, épisodes dissociatifs, reviviscences traumatiques, deuils traumatiques, épisodes réactionnels d'énurésie et/ou d'encoprésie, hypervigilance. Des cas de traumatisme développemental [12] sont également observés. Certains enfants ont en effet été soumis à des événements traumatiques interpersonnels répétés au cours de leur développement. Les séquelles peuvent alors être affectives, comportementales et neurobiologiques. L'enfant présente des symptômes bruyants de dysrégulation diverse, d'altération de l'image de soi et de fonctionnement désorganisé.

TEG1 **Ces enfants ont par ailleurs souvent souffert de carences de stimulation,** faute de scolarisation, y compris avant leur départ de France. Des difficultés d'apprentissage ou d'attention peuvent alors être associées à des troubles du langage et/ou de la parole et/ou du comportement. À la suite de l'évaluation, ces enfants peuvent bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire au sein de notre service.

T1 Analyser le contre-transfert

TEG1 **L'enjeu majeur dans la prise en charge de ces enfants** est un travail des professionnels sur leur propre contre-transfert, y compris culturel [13]. Le contre-transfert culturel dans ce contexte peut se définir par les pensées, les contre-attitudes conscientes ou inconscientes des professionnels face à l'enfant en raison de leur histoire, leur identité, leur propre affiliation culturelle. Or depuis le trauma collectif des attentats de 2015 en France, ces enfants représentent plus ou moins consciemment "les enfants de l'ennemi".
Des mouvements psychiques oscillant entre rejet et fascination sont observés chez les professionnels, allant jusqu'à des paralysies de la pensée liées à la sidération.

TEG1 Ces difficultés peuvent se refléter dans des clivages institutionnels.
Les professionnels sont confrontés à des prises en charge complexes qui demandent un effort inédit de collaboration et de coordination entre services ayant des cultures professionnelles et des mandats différents. L'enjeu est de maintenir une bientraitance institutionnelle de l'enfant malgré toutes les difficultés : la temporalité de l'enfant n'est souvent pas respectée, il est confronté à une multitude exceptionnelle de professionnels, il peut subir des ruptures entre de multiples lieux de placement. Cela vient s'ajouter à une histoire déjà profondément marquée par les pertes et les séparations.

T1 Défendre le droit à l'histoire

Ces enfants expriment le besoin d'avoir accès à leur histoire pour se construire. Cela n'est possible qu'en coopération avec le(s) parent(s), la famille élargie et les professionnels. Or les obstacles sont nombreux : outre les problèmes de contre-transfert cités précédemment, les enjeux judiciaires des parents peuvent perturber l'accès à certains événements traumatiques dont ils n'auraient pas protégé leurs enfants. L'enfant peut alors être pris dans un conflit de loyauté et ainsi taire son vécu. Les mères sont elles-mêmes souvent traumatisées et les familles élargies éprouvées par un ou plusieurs deuils difficiles. Enfin, les professionnels peuvent être tentés de protéger les enfants, par exemple en proposant de changer leur ville de naissance ou leur nom. Assurer un accompagnement de tous ces acteurs est crucial pour garantir aux enfants l'accès à leur histoire.

T1 Soutenir et accompagner

TEG1 Nous l'avons vu précédemment, la prise en charge de ces enfants peut susciter chez les professionnels des sentiments ambivalents, des inquiétudes, des doutes sur leurs capacités professionnelles. Ces mouvements internes inconscients peuvent se traduire par des comportements que l'on pourrait qualifier de passages à l'acte professionnels.
Nous assistons ainsi à des phénomènes d'absentéisme, d'oubli, de désistement, de rejet, ou au contraire de surinvestissement affectif.

TEG1 Pour éviter ces clivages et passages à l'acte sur les enfants, il est important d'assurer un accompagnement institutionnel des assistant(e)s familiaux(ales) et des professionnels chargés des mesures éducatives et judiciaires. Cela peut se faire par le biais de partages d'expériences, de modules de formation théorique sur le trauma chez l'enfant et le contre-transfert mais aussi à travers des groupes d'analyse de pratique ou des groupes de parole, tel le "groupe des tatas", un groupe de parole ouvert pour les assistant(e)s familiaux(ales) qui se réunit à Avicenne tous les quinze jours depuis plus de deux ans. Cet espace entre pairs permet aux professionnels de partager leurs expériences et leurs interrogations.

La psychologue clinicienne qui anime le groupe sensibilise à la clinique du trauma chez l'enfant et fait circuler la parole autour des représentations ou des craintes que peuvent faire naître ces accueils. Les enfants interrogeant régulièrement les règles de vie ou les pratiques éducatives et religieuses de leur famille d'accueil, le "groupe des tatas" est aussi le lieu où travailler ces questions.

TEG1 L'accompagnement des fratries est également essentiel pour mieux repérer et travailler les dynamiques d'emprise parfois observées, permettre le maintien de liens dans le cas de fratries séparées et encourager l'élaboration de l'histoire familiale.

TEG1 Enfin, il nous paraît indispensable de libérer la parole autour du fait religieux, que ce soit dans sa pratique, ses idées ou ses représentations, et ainsi élaborer la place de l'islam dans le quotidien des enfants.

T1 Offrir aux enfants une vie "normalisée"

Lorsque ces enfants arrivent en France, leur nouvelle vie n'a rien d'ordinaire. Ils partagent leur temps entre rendez-vous avec les éducateurs de l'ASE, de la PJJ et les psychologues des différents services, les médecins, le juge des enfants, le(s) parent(s) en parloir, l'école, etc. Un important travail de métissage culturel commence dans la vie quotidienne avec la famille d'accueil, où ces enfants sont parfois pour la première fois en contact avec l'altérité.
Par ailleurs, l'un des objectifs du travail interinstitutionnel est de réinsérer les enfants dans une vie "normalisée". Les nombreux échanges avec les autres professionnels doivent y contribuer. L'école est quant à elle un lieu d'affiliation indéniable. Malheureusement, la mise en place de la scolarisation est souvent longue pour des raisons administratives ou par crainte que les enfants ne parlent de leur identité ou de leur parcours au sein de l'école.

T1 Garantir la continuité des soins

TEG1 Enfin, un des défis posés par ces prises en charge s'avère être la continuité des soins dans la durée. En effet, les enfants peuvent changer de lieux d'accueil et être orientés vers des structures de soins de droit commun en région. Le risque est alors de perdre l'enfant de vue ou que ses soins soient interrompus.

TEG1 S'il a par ailleurs été confié à des membres de sa famille élargie ou à un parent, la poursuite des soins est fondamentale pour évaluer son adaptation et suivre l'évolution de ses troubles. Mais, à ce jour, la continuité du suivi n'est pas systématique dans la durée. Il y a alors un travail d'alliance avec le *caregiver*[3] à effectuer.

TEG1 Un dernier cas de figure est celui des enfants confiés à un parent placé sous contrôle judiciaire après un temps passé en famille d'accueil. Les professionnels se doivent alors de préparer l'enfant à la possibilité que sa mère libérée, en attente de jugement, soit réincarcérée plus tard.

T1 Conclusion

Nous avons vu que les enfants de djihadistes français, lorsqu'ils arrivent en France, sont pris dans un système qui peine à respecter leurs besoins d'enfants affectés par de nombreuses adversités. Ces enfants doivent grandir avec les conséquences des choix faits à un moment par leurs parents, mais dont eux ne sont nullement responsables. Pour les protéger et leur garantir le meilleur avenir possible, il est nécessaire de placer au centre du dispositif d'accueil leurs besoins et leurs droits et de leur accorder la même protection qu'à toute autre personne. Tout l'enjeu de la prise en charge clinique, sociétale et politique de ces enfants est de les accepter avec leur histoire, afin qu'ils puissent se réaffilier, se réconcilier avec un parcours extraordinaire, transformer leur stigmate en force de résilience et se raconter pour s'écrire un avenir dans notre société.

Notes

[1] Deux autres centres existent en Île-de-France : à l'hôpital de Versailles et au centre hospitalier intercommunal de Créteil. Dans chaque centre, une double évaluation pédiatrique et psychologique est proposée.

[2] L'anamnèse est l'histoire des symptômes de l'enfant, mais aussi de son développement, du contexte dans lequel il a grandi, des événements adverses vécus, etc.

[3] C'est-à-dire la personne qui donne les soins à l'enfant, qui s'occupe de lui.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Émilie Deroin et Louise Mestre, respectivement orthophoniste et psychomotricienne au sein du service de psychopathologie de l'enfant et

de l'adolescent de l'hôpital Avicenne, pour leur implication dans le dispositif clinique et pour la relecture de cet article.

Références

[1] Instruction relative à la prise en charge des mineurs à leur retour de zone d'opérations de groupements terroristes (notamment la zone irako-syrienne). www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43128.

[2] Mapelli A, Veyret-Morau M, Rezzoug D, et al. Children of jihadists: a medical framework for returnees in France. Lancet 2019;393(10190):2489.

[3] Klein A, Mapelli A, Veyret-Morau M, et al. Under-age children returning from jihadist group operation areas: how can we make a diagnosis and construct a narrative with a fragmentary anamnesis? Front Psychiatry 2020;11;149.

[4] Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby scale. Infant Ment Health J 2001;22(5):559-75.

[5] Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, et al. The Denver II technical manual. Denver (États-Unis): Denver Developmental Materials Inc.; 1996.

[6] Brunet O, Lézine I, Josse D. Brunet-Lézine révisé. Échelle de développement psychomoteur de la première enfance : manuel BLR-C. Paris: Éditions et applications psychologiques (EAP); 2001.

[7] Scheeringa MS, Haslett N. The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: a new diagnostic instrument for young children. Child Psychiatry Hum Dev 2010;41(3):299-312.

[8] Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). J Clin Psychiatry 2010;71(3):313-26.

[9] American Psychiatric Association (APA), Crocq MA, Guelfi JD, et al. DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e révision. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

[10] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, 10e version (CIM-10). 2000.

[11] DC:0-5™. Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood. Washington (États-Unis): Zero to Three; 2016.

[12] Van der Kolk B. Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiat Ann 2005;35(5):401-8.

[13] Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris: Flammarion; 1967.

Figures

Vey_fig1

© M. Veyret-Morau, 2019

Un enfant (9 ans) met ici en scène son besoin de maîtriser son environnement mais également son monde interne représenté par "les animaux sauvages" dans la maison.

Sur 1 colonne près de son appel

Vey_fig2

© A. Mapelli, 2019

Un enfant (5 ans) a disposé le "chef" à l'étage, jeté les personnages entassés au rez-de-chaussée et posté des gardes. Mise en scène probable de l'expérience d'une prison sur zone chez cet enfant.

Sur 1 colonne près de son appel

Illustration

Vey_illus1

© Charlotte Moreau/Elsevier Masson SAS

S'il y a assez de place